Nr. 11. 12. marca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. L. LENCZOWSKI, Adjunkt Kliniki. Lwów.

Czy należy zaniechać badań drobnowidowych w przypadkach raka macicy w celach rozpoznawczych?

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Sprawa wczesnego rozpoznania nowotworów złośliwych stanowi niewątpliwie jedną z głównych trosk, zaprzątających umysły współczesnych badaczy. W porównaniu z innemi działami medycyny, ginekologja znajduje się pod tym względem o tyle w szczęśliwszem położeniu, że dostęp do narządu schorzałego jest łatwy, przynajmniej w odniesieniu do sromu i macicy. Uzyskanie materjału do badania drobnowidowego jest zatem rzeczą prostą i może być wykonane przez każdego lekarza. Ze względu na to, że dziś nie posiadamy pewniejszego sposobu rozpoznawczego, niż badania drobnowidowe, zdawałoby się, że pobieranie skrawków lub też skrobanka macicy w przypadkach podejrzanych powinny być obowiązkiem każdego praktyka, nie mówiąc już o klinicyście. W rzeczywistości jednak w ostatnich czasach ze strony wielu i to właśnie wybitnych klinicystów podnoszono różne zastrzeżenia, co do celowości badań drobnowidowych w przypadkach ginekologicznych. Przypatrzmy się bliżej, co skłoniło tych autorów do zaniechania takiego badania. Przeciwnicy badań drobnowidowych zwracają przedewszystkiem uwagę na pomyłki rozpoznawcze, oraz na to, że wcześniejsze okresy rozwoju raka nie mogą być uchwycone okiem badającego histologa. I tak Deucher, Dyroff wątpią w możliwość rozpoznania wczesnego, a więc klinicznie nie przejawiającego się raka macicy. Winę wadliwego rozpoznania przypadku przypisuje się zazwyczaj anatomo-patologowi. Atoli za wynik badania w równej mierze ponosi odpowiedzialność i klinicysta, który dany materjał przysyła do badania. Lekarze praktycy popełniają przy pobieraniu materjału podejrzanego często szereg technicznych błędów. Błędy te mają swe źródło w nieznajomości ogólnych zasad, na których opiera się rozpoznanie zmian nowotworowych, przez co materjał do badania bywa pobierany zupełnie niewłaściwie. Mylnem jest zapatrywanie, że do ustalenia rozpoznania drobnowidowego wystarcza zupełnie mały kawaleczek tkanki. Z tego względu, nie chcąc zbytnio kaleczyć chorej, ograniczają się niektórzy do pobrania drobnego kawałeczka z części pochwowej, a co gorsza bardzo powierzchownego, — lub też w przypadkach skrobanki rozpoznawczej nadsyłają histologowi zbyt skąpą ilość wyskrobin. Pamiętać należy przy pobieraniu materjału do badania, że rozpoznanie raka opiera się przedewszystkiem na ocenie stosunku komórek nabłonkowych do podłoża. Stąd wyłania się konieczność wycinania skrawków w postaci głębokich klinów, przechodzących przez nabłonek i tkankę podścieliskową. Próbna skrobanka macicy winna obejmować całe wnętrze jamy, gdyż rak w pierwszych początkach swego rozwoju tworzy jedynie drobne wysepki, które łatwo ominąć może łyżeczka niedość starannego operatora. Z tegoż względu cały uzyskany materjał (bez wyboru) należy przesłać pracowni histologicznej.

Co do wycinania skrawków z części pochwowej, decydującem dla trafnego rozpoznania sprawy chorobowej jest wybór miejsca, w którym odnośny klin wycinamy. Jasnem bowiem jest, że w klinie tym musi się znaleźć tkanka chorobowo zmieniona, a nie tkanka zdrowa, otoczająca ognisko nowotworowe: w takim bowiem razie wynik histologiczny będzie oczywiście ujemny. Broese, Muret, Weinzierl, Benthin zwracają słusznie uwagę, ażeby do celów rozpoznawczych nie posługiwać się cząstkami tkanki, odchodzącemi samoistnie, lub też martwiczemi, gdyż stany martwicze utrudniają rozpoznanie. Lekarz praktyk musi poza tem pamiętać, że rak szyi bardzo często zaczyna się rozwijać w okolicy ujścia wewnętrznego macicy i początkowo przejawia się klinicznie tem, że, drażniąc błonę śluzową szyi, powoduje wytwarzanie się dobrotliwych polipów, wysterczających z ujścia zewnętrznego macicy. W tych przypadkach nie wystarczy usunięcie samego polipa; dołączona do tego zabiegu skrobanka szyi wykaże często obecność utkania rakowego.

Wreszcie samo odczytanie obrazu mikroskopowego kryje w sobie nierzadko trudności, które rozstrzygnąć może tylko doświadczony histolog. Neuwirth, Benthin zwracają uwagę, że błędy rozpoznawcze są częstsze w okresach przed — lub pomiesiączkowych, oraz w ciąży. Poza tem trudności rozpoznawcze nastręczają przewlekłe nieswoiste stany zapalne błony śluzowej, łącznie z gruźlicą. (Kundrad, Benthin, Rudeloff). Według Meyera, polipy maciczne posiadają często na powierzchni utkanie nabłonka płaskiego, co łatwo skłonić może do rozpoznawania początkowych okresów raka; — tymczasem, przeciwnie, rak na polipach jest zjawiskiem rzadkiem. Rozrost nabłonka płaskiego w miejsce walczkowego w nadżerkach części pochwowej, oraz w błonie śluzowej szyi bywa również powodem, jak to podnosi Meyer, mylnego rozpoznawania sprawy nowotworowej.

Aschheim, Meyer, Hunzieker, Hintze opisali przypadki skupień nabłonka płaskiego w ciele macicy o charakterze niewątpliwie dobrotliwym. Ograniczone skupienia komórek, ich równomierny wygląd, ucisk na otoczenie, ale nie wciskanie się w podłoże, wskazują niewątpliwie na charakter dobrotliwy. Ocena należyta tych obrazów wymaga bardzo dużego doświadczenia.

Deucher, Hesse, von Franque radzą unikać wszelkiego ucisku na nabłonek podejrzany nowotworowo. Dlatego przy wykonywaniu próbnej skrobanki radzą używać raczej rozszerzadeł Hegara, a nie posługiwać się długo leżącemi w szyi pałeczkami blaszecznicy. Długotrwały bowiem ucisk zaciemnia obraz histologiczny.

Niebezpieczeństwa związane z pobieraniem materjału próbnego w przypadkach podejrzanych — są różne: Wycięcie próbne spowodować może szybki wzrost guza, jak to doświadczalnie wykazał Nather na guzach mysich. Ewing, Kupferberg, Ludwig i Weinzierl obserwowali szybki wzrost nowotworu po wycięciu skrawka z części pochwowej i tłumaczyli to drażniącym wpływem zabiegu chirurgicznego na nowotwór. Heymann i Vogt zaprzeczają temu na podstawie swego materjału. Poza tem twierdzą, że po próbnem wycięciu skrawka otwierają się naczynia chłonne i krwionośne i tem samem stwarza się możliwość zawleczenia cząstek nowotworu w otoczenie (Heymann, Kupferberg, Küstner, Ludwig, Maret, Weinzierl).

Weinzierl stwierdził po pobraniu skrawka zator rakowy w naczyniu chłonnem w preparacie, uzyskanym operacyjnie.

Sampson, Lauschcke, E. Vogt stwierdzili, że w razie utrudnionego odpływu odchodów macicznych, skrobanka, a nawet zwykłe badanie dwuręczne, może spowodować zawleczenie płynu wraz z cząstkami nowotworowemi do jamy brzusznej drogą jajowodów. Sprzeciwiają się temu Stübler i von Oettingen na podstawie swoich doświadczeń.

Dalsze niebezpieczeństwo pobierania materjału rozpoznawczego polega na możliwości wtórnego zakażenia, nawet śmiertelnego (Heynemann, Hoene, Küstner, Schallehn, Steinbüchel). Ludwig i Kupferberg opisują przypadki raków macicy, które po skrobance lub wycięciu skrawka stały się nieoperacyjne, mimo że przed temi zabiegami zaliczone zostały do grupy przypadków, nadających się do operacji. Samo przez się rozumie się, że rokowanie co do operacji, jak również co do naświetlania, pogarsza się w razie wystąpienia jednego z wyżej wymienionych powikłań. Dlatego to szereg klinicystów tuż po pobraniu skrawka względnie wykonaniu skrobanki rozpoznawczej przystępuje zaraz do operacji radykalnej. (Eiselsberg, Heynemann, Ludwig, Norris, Schütze, Vogt, Walhardt). Skrawki bada się w takich razach metodą mrożenia, ażeby uzyskać jak najszybszą odpowiedź.

Przeciwnie Ewing, Gessner, Schottländer, Weinzierl i Guggisberg wolą preparaty zwyczajne (niemrożone), gdyż takie dają o wiele dokładniejsze i jaśniejsze obrazy.

Wreszcie wspomnę o niebezpieczeństwie przebicia macicy podczas sondowania, wprowadzania pałeczek blaszecznicy, Hegarów lub łyżeczki. Większa część autorów przypisuje przebicie łyżeczce. Według Heynemanna na pierwszem miejscu należy w tym względzie postawić sondę. Przebicie sondą, jako uszkodzenie drobne i łatwo wygajające się samo przez się, uchodzi łatwo uwadze,

dlatego piśmiennictwo zajmuje się przeważnie przebiciem łyżeczką, jako skaleczeniem cięższem. Hirsch odrzuca zupełnie sondę i uważa, że do określenia kierunku szyi i długości ciała macicy wystarcza zupełnie badanie dwuręczne, zaś sondowanie macicy jest zbyteczne. W każdym razie operowanie instrumentem w nowotworowo zmienionej macicy wymaga jak największej ostrożności. Heynemann poza tem zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wystąpienia silnego krwotoku przy pobieraniu skrawka. Przed tem samem ostrzega Driessen przy wykonywaniu próbnej skrobanki.

Wyżej wymienione niebezpieczeństwa skłoniły autorów do szukania innych sposobów rozpoznawania raka macicy. Do nich należą — kolposkopja, próba jodowa, próby serologiczne, wreszcie ustalanie raka na podstawie rozmazów z części pochwowej.

Co do kolposkopji, to, pomimo kilku gorących zwolenników, próba ta jest zbyt mało rozpowszechnioną i opracowaną, a i technicznie niełatwą, jak to zresztą podnosi i sam twórca tego sposobu Hinselmann. Zdaniem Martiusa ustalenie rozpoznania raka tylko na podstawie obrazu kolposkopowego jest bezwarunkowo niewystarczające. Zresztą wszyscy nieliczni zwolennicy kolposkopji zawsze uciekali się dodatkowo do wycinania skrawków z miejsc podejrzanych do badania drobnowidowego (Ries, Liefrendahl, Emmert). Nie mając zamiaru umniejszać wartości kolposkopji w wykrywaniu pierwszych okresów raka (leukoplakji), sądzimy, że stosowanie tej metody może mieć o tyle znaczenie, że mogłoby wcześniej zwrócić uwagę na miejsca podejrzane i umożliwić wycięcie z nich próbnych skrawków, a więc w ostatecznej konkluzji musielibyśmy przecież wykonać preparaty drobnowidowe.

Próba jodowa, polegająca na różnicy w barwieniu się tkanek zdrowych i nowotworowo zmienionych pod wpływem roztworu Lugola, jest tak niepewną, że opieranie się tylko na niej jest stanowczo niedopuszczalne. Według Cuitzza'y próba ta może dać wynik dodatni tylko w raku klinicznie wyraźnie zaznaczonym, a Schiller sądzi, że niejednakowe zabarwienie tkanek pozwala jedynie na ocenę, z którego miejsca należy wyciąć próbny skrawek. Stawianie zaś rozpoznania na podstawie tylko samej próby, zdaniem autora, jest rzeczą niemożliwą.

Sposób Babes'a — uzyskiwanie rozmazów barwionych z części pochwowej już zgóry budzi poważne zastrzeżenia. Przedewszystkiem sama technika zdrapywania w odniesieniu do bezpieczeństwa zabiegu zasadniczo niczem się nie różni od pobierania skrawków, a powtóre obrazy komórkowe w ten sposób uzyskane niewątpliwie są mniej jasne, niż preparaty drobnowidowe. Z tych względów sposób ten dla celów rozpoznawczych nie może mieć większej wartości.

Poza tem w piśmiennictwie znaleźć można opisy niezliczonej ilości prób serologicznych. Już sama mnogość ich dowodzi, jak są niepewne. Zgodnie z wielu badaczami, między innemi i z wynikami Wiślańskiego, przeprowadzanemi na naszej klinice, próby te wypadają często dodatnio i w szeregu innych chorób, oraz w ciąży, co oczywiście znacznie umniejsza ich wartość. Teoretycznie najwięcej uzasadnioną jest próba Abderhaldena, — niestety, technicznie tak trudna i kapryśna, że nie wiele nawet specjalnych zakładów chemicznych może ją wykonać.

A więc, jak dotychczas, nie mamy pewniejszego sposobu rozpoznawczego nad badanie drobnowidowe. To są korzyści niezaprzeczalne. Ale są i strony ujemne. Nie da się zaprzeczyć, że z jednej strony rozpoznanie drobnowidowe sprawia niekiedy duże trudności nawet dla badacza doświadczonego, a z drugiej strony sam zabieg pobierania skrawków czy skrobanka nie są w istocie zupełnie obojętne dla chorej. Dlatego staje się aktualną kwestja dokładnego rozważenia korzyści i stron ujemnych wycięć próbnych z części pochwowej oraz wyłyżeczkowania macicy. W sprawie tej postanowiliśmy wypowiedzieć się, a czynimy to tem chętniej, że dzięki wieloletniemu doświadczeniu, opartemu na obfitym materjale, możemy zająć stanowisko zdecydowane.

Materjał, którym rozporządzamy, wynosi przeszło 1500 przypadków. Atoli w opracowaniu powyższej sprawy uwzględniliśmy jedynie 931 przypadków bardzo ściśle, dokładnie i celowo obserwowanych. Materjał ten dzielimy na 543 wycięć próbnych w przypadkach podejrzanych oraz klinicznie pewnych i 388 skrobanek rozpoznawczych.

Na 543 próbnych wycięć w 251 wykluczono z całą pewnością obecność nowotworu złośliwego. Badania te dotyczyły przypadków klinicznie niepewnych, a dalsza obserwacja w zupełności potwierdziła rozpoznanie drobnowidowe. Były to nadżerki, które pod wpływem odpowiedniego leczenia szybko się wygajały. Jeżeli dziś stoimy na stanowisku, że rokowanie w raku zależy od wczesnego rozpoznania, łatwo zrozumieć, że czekanie na wystąpienie wyraźnych objawów klinicznych połączone jest ze szkodą dla chorych. O ile rak szyi jest łatwo dostępny dla dotyku i oglądania, o tyle rozpoznanie kliniczne raka trzonu macicy jest rzeczą niemożliwą bez skrobanki. To też w wielu przypadkach podejrzanych na raka trzonu — badanie drobnowidowe wyskrobin daje wynik ujemny. W naszych przypadkach na 388 wyłyżeczkowań 326 razy nowotworu złośliwego nie wykryliśmy; u chorych tych dalsza obserwacja potwierdziła słuszność ujemnego rozpoznania anatomo-patologicznego. Drobnowid uratował więc z pomiędzy 388 podejrzanych na raka — 326 kobiet od radykalnego wycięcia macicy, — któremu to zabiegowi poddaliby te kobiety przeciwnicy próbnych badań drobnowidowych. Nie trzeba przypominać, jak ciężkim i niebezpiecznym zabiegiem jest radykalne usunięcie macicy. Przecież i dziś jeszcze w dobie triumfu techniki operacyjnej śmiertelność po tym zabiegu wynosi od kilka do kilkunastu procent. Prócz śmiertelności należy brać pod uwagę najróżnorodniejsze powikłania pooperacyjne, a więc objawy wypadnięcia funkcji jajnika, zrosty i t. d. Byłoby więc wielką lekkomyślnością uzależniać wykonanie tak ciężkiej operacji, opierając się li tylko na podejrzeniu klinicznem raka, tem bardziej, że jego objawy kliniczne są niezmiernie skąpe a w dodatku nieraz łudząco podobne do objawów, jakie dają sprawy dobrotliwe. W rzeczywistości w przeważnej ilości przypadków, mimo wyraźnego podejrzenia klinicznego, mikroskop raka nie stwierdza. Niedość na tem, badanie wyskrobin ujawnić może obecność innych nowotworów złośliwych (nietylko raka), a przecież dalszy wybór postępowania, poza innemi czynnikami, zależy również od rodzaju nowotworu.

I tak w naszym materjale stwierdziliśmy w wyskrobinach 55 razy raka trzonu, raz potworniaka, 3 razy mięsaka i 3 razy nabłoniaka kosmówkowego. We wszystkich tych przypadkach dopiero badanie drobnowidowe ustaliło rozpoznanie, od którego uzależniliśmy leczenie. Różnicowanie nowotworów złośliwych w mniejszym stopniu odnosi się do wycięć próbnych z części pochwowej, gdyż tu prawie niepodzielnie panują nowotwory nabłonkowe. U naszych chorych na 534 próbnych wycięć znaleźliśmy 280 razy raka i 1 raz tylko mięsaka szyi

Wracając do badań drobnowidowych wyskrobin, musimy jeszcze dodać, że nierzadko badania takie wykrywają sprawy, których się klinicznie nie podejrzewa, bądźto z powodu niewystarczających danych anamnestycznych, bądź też niepewnych objawów klinicznych. I tak w 47 przypadkach wykryliśmy stare resztki po poronieniu, w 5 przypadkach istniał polip łożyskowy, w 4 zaśniad groniasty, wreszcie u 10 chorych stwierdziliśmy obecność błony doczesnej.

Jeżeli wynik ujemny obrazu drobnowidowego nie przemawia z całą pewnością przeciw istnieniu sprawy złośliwej, to przecież wykrycie pod drobnowidem tych lub owych zmian chorobowych, częstokroć klinicznie wcale niepodejrzewanych, przemawia bezsprzecznie na korzyść tych badań.

A teraz rozważmy strony ujemne owych badań próbnych. Przedewszystkiem należą tu błędy rozpoznawcze i wogóle wyniki niepewne. Co do mylnego rozpoznania raka tam, gdzie go niema, to zgóry muszę oświadczyć, że zależy to w dużej mierze od osobistego doświadczenia histologa. I dlatego tak ważną jest rzeczą ścisła współpraca klinik z pracownią histologiczną. W klinice ginekologicznej lwowskiej od 10 lat przeprowadzamy własne badania drobnowidowe, a w razie zaistnienia wątpliwości zasięgamy porady w Instytucie Anatomji Patologicznej. I dlatego omyłek rozpoznawczych nie obserwowaliśmy ani razu, a wyników niepewnych mieliśmy stosunkowo niewiele, bo tylko 9 razy w wyskrobinach (2%) i 18 razy w skrawkach z części pochwowej (3%).

W razie niepewnego rozpoznania utrzymujemy chore w ścisłej kontroli, która przeważnie wkrótce wyjaśnia sprawę. Dlatego też każdej chorej, u której badanie drobnowidowe nie zdołało rozstrzygnąć, czy jest rak, czy go niema, każemy codziennie przychodzić do kontroli ambulatoryjnej, o ile nie może pozostać w klinice. Jeśli zachodzi potrzeba, wykonujemy ponowne wycięcie skrawka, względnie skrobankę. Dodam tu, że w przypadkach zaśniadu groniastego w kilka tygodni po pierwszej skrobance wykonujemy zawsze ponowne wyłyżeczkowanie, a materjał uzyskany poddajemy jak najdokładniejszemu wtórnemu badaniu drobnowidowemu. Robimy to z tego względu, że, jak wiadomo, zaśniad groniasty przechodzi nieraz w nabłonek kosmówkowy.

Widzimy więc, że ścisła współpraca histologa i klinicysty sprowadza ilość omyłek rozpoznawczych prawie do zera, a ilość wyników niepewnych wybitnie zmniejsza. Przeto wzgląd na ewentualne błędy w interpretowaniu obrazu drobnowidowego nie może służyć jako argument poważny, przemawiający przeciw konieczności próbnych badań mikroskopowych.

Co do możliwości szybszego wzrostu guza na skutek drażnienia oraz ewentualnego rozsiewania się komórek nowotworowych w otwarte przez zabieg naczynia chłonne i krwionośne, to oczywiście zaprzeczyć nie można, że oba powikłania nie dadzą się wykluczyć. Jednakowoż na podstawie naszych spostrzeżeń są-

dzimy, że obawy te są mocno przejaskrawione, gdyż zdarzyło się nam zaledwie w kilku przypadkach obserwować rzeczywiście szybki wzrost nowotworu po takich zabiegach próbnych. Dlatego też nasuwa się pewna wątpliwość, czy ten szybki wzrost należy odnosić do samego zabiegu, gdyż nie jest wykluczone, że w samym charakterze nowotworu tkwiła już dążność do szybkiego rozrastania się. Mimo to dla bezpieczeństwa postępujemy w klinice lwowskiej w ten sposób, że w przypadkach klinicznie pewnych bezpośrednio po pobraniu skrawka albo operujemy, albo stosujemy energję promienną. W przypadkach zaś klinicznie wątpliwych czekamy oczywiście na wynik badania drobnowidowego. Przygotowywanie preparatów mrożonych w znacznym stopniu przyśpiesza odpowiedź histologiczną. Jednakowoż z uwagi na to, że preparaty uzyskiwane drogą szybką są mało przejrzyste, zawsze ponadto uciekamy sie do badań sposobem zwykłym. W dużym odsetku przypadków dopiero dokładnie wykonane preparaty parafinowe wyjaśniały ostatecznie sprawę. W każdym razie obserwowane przez nas przypadki, w których musieliśmy czekać na wynik badania kilka dni od chwili skrobanki, czy wzięcia skrawka, okazały, że wzrost nowotworu po zadrażnieniu go chirurgicznem naogół przydarza się tak rzadko, że praktycznie prawie nie wchodzi w rachubę. Wobec tego i ten argument nie stanowi rzeczowego powodu do zaniechania próbnych wycięć i skrobanek.

Nie możemy pominąć tu milczeniem również możliwości zakażenia po manipulacjach w ognisku nowotworowem. Że takie zakażenia wystąpić mogą, nie ulega żadnej wątpliwości. Czy zdarza się to jednak często? Na podstawie naszego materjału odpowiedź wypada przecząco. Nie zdarzyło się nam ani razu, ażeby po próbnej skrobance lub wycięciu skrawka z części pochwowej nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zakażenia. Opisywane w piśmiennictwie przypadki należą do wyjątków i nie mogą stanowić ogólnej reguły. Przecież każda chora rakowa jest do pewnego stopnia zakażona, a przez to i uodporniona na pewne rodzaje bakteryj. Wątpić zatem należy, ażeby te same drobnoustroje, które znajdowały się w ognisku nowotworowem jeszcze przed zadaniem rany podczas uzyskiwania materjału, mogły wywołać znaczniejszy stopień zakażenia. To też w naszych przypadkach spostrzegaliśmy bardzo rzadko co najwyżej tylko nieznaczne podniesienie ciepłoty po zabiegu, — nie większe, niż przed zabiegiem. W każdym razie w celu uniknięcia możliwości infekcji, jak również dla zmniejszenia do minimum niebezpieczeństwa rozsiewania się komórek rakowych w naczynia chłonne, — zawsze stosujemy tuż po pobraniu skrawka przyżegania miejsca skaleczonego żegadłem Pacquelin'a. Pod wpływem wysokiej ciepłoty tworzy się strup na powierzchni rannej i tem samem naczynia krwionośne i chłonne zostają zamknięte.

Najmniej należy się obawiać silnych krwotoków, które rzekomo powstać mogą w związku z pobieraniem materjału. W piśmiennictwie opisano zaledwie kilka przypadków śmiertelnych krwotoków. Na naszej klinice nie spostrzegaliśmy nigdy znaczniejszego krwawienia.

Na zakończenie muszę wspomnieć jeszcze o jednej bardzo ważnej sprawie, przemawiającej za koniecznością badań drobnowidowych. Mimo znacznego postępu, jaki poczyniliśmy w leczeniu raka macicy, dotąd jeszcze ścierają się zdania, jeśli nie co do pewnych zasadniczych kierunków leczenia, to przedewszystkiem co do licznych szczegółów, nieraz pozornie drobnych, a przecież mających niepomiernie ważne znaczenie dla całego zagadnienia raka. Szczegóły te dotyczą równie dobrze techniki naświetlań, jak i sposobów operacyjnych, kombinacji obu tych metod, lub też tylko wyłącznego stosowania jednej z nich. Jest rzeczą pewną, że sprawa ta może być wyjaśniona między innemi również przy pomocy zestawień statystycznych. Statystyka taka atoli tylko wówczas może mieć prawdziwą wartość, jeśli opierać się będzie na bezwzględnie pewnem rozpoznaniu. Nie ulega zaś najmniejszej wątpliwości, że taką pewność rozpoznania może dać jedynie badanie drobnowidowe. To nam tłumaczy, dlaczego Komisja Radjologiczna dla zwalczania raka, istniejąca przy Lidze Narodów, przyjęła jako zasadę i warunek naukowo opracowanych statystyk uwzględnianie tylko tych statystyk, w których rozpoznanie opiera się na badaniu drobnowidowem.

Przeciwstawiwszy niebezpieczeństwom, podnoszonym przeciwko wykonywaniu próbnych skrobanek i wycięć z szyi w przypadkach podejrzanych na raka macicy — strony dodatnie, dojść musimy do wniosku, że wszystkie te zarzuty maleją wobec niewątpliwych korzyści, jakie wnoszą do sprawy pewnego rozpoznania nowotworów złośliwych obowiązkowe dokładne badania drobnowidowe.

Piśmiennictwo.

1) B a b è s: Pres. med. 1928. Nr. 29. — 2) B e n t h i n: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 81. str. 593. — 3) C u i z z a: Streszcz. Zentralblatt f. Gyn. 1931. str. 2269. — 4) C u i z z a: Streszcz. Zentralblatt f. Gyn. 1932. str. 823. — 5) D e u c h e r: Schweiz. Med. Woch. 1923. str. 277. — 6) D y r o f f: Zentralblatt f. Gyn. 1925. str. 1645. — 7) E m m e r t: J. amer. med. Assoc. 97, str. 1684. rok 1931. — 8) F a u r e: Pres. méd. 1930. Nr. 42. — 9) O. v. F r a n q u é: Zeitschr. f. Geb. u.Gyn. Bd. 38. str. 35. — 10) O. v. F r a n q u é: Med. Klinik. 1931. Nr. 14. — 11) G e s s n e r: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. str. 387. — 12) H e s s e: Münch. Med. Woch. 1923. str. 51. — 13) H e y n e m a n n: Zentralblatt f. Gyn. 1924. str. 1917.— 14) H e y n e m a n n: Deutsche Med. Woch. 1924. str. 1137. — 15) H i r s c h: Zentralblatt f. Gyn. 1922. str. 1442. — 16) H o e n e: Zentralblatt f. Gyn. r. 1924. str. 1929. — 17) K u p f e r b e r g: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 68. str. 106. — 18) L a b h a r d t: Schweitz. Med. Woch. r. 1928. Nr. 24. — 19) L e d e r e r: Zentralblatt f. Gyn. r. 1922. str. 496. — 20) L u d w i g: Schweitz. Med. Woch. r. 1926. str. 169. — 21) M a r c i u s: Med. Welt. r. 1921. Nr. 21. — 22) M a z e t: Revue franc. de gynéc. et d'obst. r. 1925. Nr. 1 i 2. — 23) M a y e r: Zentralblatt f. Gyn. r. 1923. str. 946. — 24) M a y e r - K a u f m a n n: Zentralblatt f. Gyn. r. 1926. str. 20. — 25) M u r e t: Annales de gynéc. r. 1916. — 26) N e u w i r t h: Zentralblatt f. Gyn. r. 1914. str. 1223. — 27) N o v a k: Streszcz. Zentralblatt f. Gyn. r. 1930. str. 2999. — 28) R i e s: Amer. J. Obstetr. r. 1932. Nr. 23. — 29) R u d e l o f f: Zentralblatt f. Gyn. r. 1921. str. 854. — 30) S c h i l l e r: Wiener Klin. Woch. r. 1932. str. 176. — 31) S c h ü t z e: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69. str. 470. — 32) S t i e r l i n: Schweitz. Med. Woch. r. 1929. str. 105. — 33) W e i n z i e r l: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. str. 332. — 34) V o g t: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 63. str. 167.

Dr. Henryk WACHTEL. Kraków.

Kilka uwag w sprawie leczenia raka.

Leczenie choroby, której patogenezy prawie zupełnie nie znamy, musi być rzeczą trudną i niewdzięczną. W tej sytuacji znajduje się dziś medycyna w stosunku do chorób rakowych. Zamiast doświadczalnie ustalonych pojęć o przyczynie i biologji tych cierpień, posługuje się dziś patologja hipotezami, które mają nietylko donioslość teoretyczną, ale siłą rzeczy zabarwiają zasadniczo postępowanie lecznicze w stosunku do chorych rakowych.

Przez ostatnie dziesiątki lat stała medycyna pod przemożnym wpływem teorji komórkowej V i r c h o w a, która podkreślała przedewszystkiem znaczenie komórki, jako anatomicznie uchwytnego podłoża zjawisk życiowych. Teorja komórkowa wpłynęła zasadniczo na poglądy patologji na istotę choroby raka. Jako podłoże zjawisk chorobowych ujęto komórkę rakową i tem samem uznano raka za chorobę miejscową.

Pogląd ten dyktował medycynie praktycznej drogi, na których należało szukać sposobów wyleczenia raka. Rozbudowano szereg metod leczniczych, które miały na celu *lokalne usunięcie guza nowotworowego.* Obiecywano sobie, że po lokalnem zniszczeniu nowotworu chory będzie z swej choroby wyleczony.

Opierając się na teorji miejscowego schorzenia przy raku, rozbudowana została przedewszystkiem *metoda chirurgiczna* usuwania guzów rakowych. Stworzono pojęcie operacji doszczętnej, która usuwa nowotwór szeroko w częściach zdrowych i wyjmuje równocześnie główne drogi szerzenia się nowotworu, a więc naczynia i gruczoły limfatyczne. Dzięki zastosowaniu narkozy i aseptyki potrafiła chirurgja wydoskonalić w tym zakresie technikę swą do zadziwiającej sprawności i techniczne wyniki są w tym zakresie istotnie nadzwyczajne.

Inne sposoby miejscowego niszczenia guza rakowego, jak stosowanie *past i proszków żrących, ferrum candens etc.* sa obecnie mało stosowane. Dopiero w ostatnich czasach odżył ten, w ubiegłych stuleciach popularny, sposób w postaci elektrokoagulacji prądami diatermji, szczególnie w postaci t. zw. „elektrycznego noża".

Natomiast ostatnie lata przyniosły medycynie nowe sposoby lecznicze przeciwrakowe w formie *promieniolecznictwa.* Radjoterapja w postaci rentgenoterapji i curieterapji zyskały znaczny zakres zastosowania.

Promieniolecznictwo raka oparte jest na doświadczeniu, że przez naświetlenie promieniami Roentgena lub radu można guz rakowy doprowadzić do zniknięcia. Dążeniem radjoterapji jest więc wynaleźć takie sposoby zastosowania promieni, aby guz rakowy ustąpił. Drogi myślenia przy leczeniu raka promieniami nie są więc zasadniczo różne od dróg myślenia chirurga. Badania nad istotą zjawisk, zachodzących przy naświetlaniu tkanek rakowych, opierają się głównie na anatomicznie uchwytnych zmianach komórek i doprowadziły do skrystalizowania się teorji, że lecznicze działanie promieni Roentgena i radu polega na zabiciu komórek rakowych guza. Chodziłoby więc w radjoterapji o możliwie doszczętne zabicie promieniami wszystkich komórek nowotworu. Stąd pochodzi, że naczelnem zagadnieniem radjoterapji jest *dawkowanie promieni,*

t. j. stosowanie tak intensywnej ilości energji promienistej, aby wystarczyła dla zabicia komórek rakowych guza.

Jakież wyniki lecznicze dają te sposoby? O tem wiemy ze statystyk ogłaszanych przez kliniki chirurgiczne i zakłady radjoterapeutyczne, w których podane są cyfry chorych, u których leczenie przebiegło niepomyślnie, jako też tych, którzy pozostali bez objawów chorobowych przez trzy, cztery, pięć i więcej lat przy życiu.

Za sprawdzian skuteczności leczenia przeciwrakowego przyjęto więc pewną granicę czasu od chwili przeprowadzenia leczenia. Jeżeli przez czas dostatecznie długi niema nawrotu, to chory uznany jest za wyleczonego. Znaczy to, że w bardzo wielu przypadkach choroba raka przebiega bardzo przewlekle i wolno, i że nieraz mijają lata, aż nasilenie objawów chorobowych tak się wzmoże, iż doprowadza do śmierci chorego. Doświadczenie pouczyło, że najczęstsze są nawroty choroby rakowej w pierwszych miesiącach po usunięciu guza. Po pięciu latach nawroty są już tak rzadkie, że uznano okres pięcioletni wolności od objawów chorobowych za wystarczający dla określenia wyleczenia.

Rozpatrzymy cyfry statystyk leczenia rakowego. Najobfitsze dane dotyczą operacji doszczętnej, jako najstarszej z dzisiejszych sposobów przeciwrakowych.

Badając statystyki chirurgiczne raka stwierdza się, że tylko bardzo nieznaczna liczba chorych rakowych może wogóle korzystać z dobrodziejstw tego sposobu. Statystyki wykazują, że co najwyżej 20%, a właściwie jeszcze znacznie mniej chorych, zgłaszających się do lekarza z powodu choroby rakowej, może być operowaną. Reszta chorych pojawia się już w stanie niezdatnym do operacji. Wprawdzie propaganda towarzystw do walki z rakiem stara się drogą uświadomienia społeczeństwa przekonać chorych rakowych o konieczności wcześniejszego zgłaszania się do leczenia, ale wyniki są narazie nikłe i w chwili obecnej tylko bardzo niewielu chorych rakowych nadaje się do leczenia chirurgicznego.

Studjując los chorych operowanych metodą doszczętną stwierdzamy, że wynik leczenia zależy przedewszystkiem od umiejscowienia guza rakowego. Stwierdzamy, że np. wyniki chirurgicznego leczenia raka skóry są bardzo dobre. Przy innem umiejscowieniu wynik jest jednak znacznie gorszy. Np. przy rakach sutka wynik leczenia chirurgicznego zależy od tego, w jakim okresie choroby wykonano zabieg. Operacje całkiem początkowych stadjów, gdzie guz nie jest jeszcze zrośnięty z otoczeniem, dają 70—80% wyleczeń, natomiast, o ile choroba postąpiła na tyle, że istnieją zrosty z bezpośredniem sąsiedztwem, mamy tylko 20—40% wyleczeń, a w okresie, gdzie gruczoły pachowe są już wyraźnie przez raka zajęte, ilość wyleczeń spada do 25%.

Napotykamy bardzo wiele umiejscowień guza rakowego, przy których zabieg chirurgiczny daje wyniki bardzo średnie. I tak przy rakach szyjki macicy liczymy się nawet w bardzo początkowych okresach choroby co najwyżej z 50% wyleczalnością. Przy rakach przewodu pokarmowego wyleczalność waha się między 5—20%, zależnie od umiejscowienia guza. Niektóre umiejscowienia dają wyniki zupełnie złe. Do tych należą raki krtani, przełyku, wątroby i t. d., gdzie wyleczenie drogą chirurgiczną jest nadzwyczajną rzadkością.

Stwierdzamy więc, że wprawdzie cały szereg chorych istotnie korzysta z wykonania operacji doszczętnej, jednak naogół wyniki chirurgicznego leczenia raka zadowalają tylko w przypadkach raków skóry i w wczesnych okresach raka sutka.

Przy badaniu statystyk *wyleczeń raka promieniami Roentgena* cyfry, któremi możemy się posługiwać, są znacznie skąpsze niż przy metodzie chirurgicznej, gdyż jest to metoda lecznicza znacznie młodsza.

Wielka korzyść rentgenoterapji leży w tem, że można ją stosować u przeważnej części chorych tak, że liczba chorych, którą się musi wyłączyć od stosowania tej metody ze względów technicznych, jest mała. Skutkiem tego liczba wyników częściowych uzyskiwanych rentgenoterapją jest bardzo znaczna. Ale o ile chodzi o wyleczenie, to statystyki rentgenologiczne raka dają nam podobny obraz, jak statystyki chirurgiczne. Wynik zależy w znacznej mierze od umiejscowienia guza. Najlepsze wyniki osiąga się w rakach skóry. Inne umiejscowienia dają wyniki bardzo mało pomyślne. Stosunkowo najlepiej poddają się rentgenoterapji nowotwory o utkaniu mięsakowem.

Nie mamy tu zamiaru zastanawiać się nad wzajemnym stosunkiem metody rentgenologicznej do metody chirurgicznej w raku. Stwierdzimy tylko, że metoda rentgenologiczna daje bardzo ładne wyniki częściowe, ale nie daje więcej wyleczeń, niż metoda chirurgiczna.

Co do statystyk wyleczenia raka radem, to danych cyfrowych jest narazie jeszcze mniej, niż w rentgenoterapji. Ogółem wyniki są podobne. Trzeba podkreślić, że w szeregu umiejscowień, jak np. w rakach jamy ustnej, odsetek wyleczeń radem jest znacznie większy, niż innemi sposobami. Naogół jednak, poza rakami skóry i kilku innemi umiejscowieniami wyleczenia raka radem nie są tak częste, aby można metodę tę uznać za zadowalającą.

Stwierdzamy więc, że naogół sposoby miejscowego leczenia raka dają tylko w rakach skóry i kilku innych narządów wynik pomyślny. Poza tem są bardzo średnie, albo wogóle niepomyślne.

Do tego dochodzi, że nawet nie jesteśmy pewni, czy te skąpe wyniki wyleczenia są istotnie trwałe.

W miarę, jak dzięki postępom lecznictwa liczba chorych rakowych, którzy po zabiegu leczniczym żyją ponad pięć lat, jest coraz większa, przeświadczenie o wartości owej granicy pięcioletniej, która służy za sprawdzian wyleczenia chorego z choroby rakowej, znacznie osłabło. Coraz częściej dowiadujemy się, że nawroty występują też poza tą granicą czasu.

Podajemy tylko ostatnie piśmiennictwo. D ö d e r l e i n (1) podaje przypadek raka szyjki macicy, który się odnowił dwadzieścia lat po wyleczeniu pierwszego guza radem. C h a u f f a r d (2) podaje przypadek nawrotu raka piersi 50 lat po operacji, a H a r t m a n n (3) podobny przypadek po czterdziestu latach. Sami obserwowaliśmy nawrót raka języka w 13 lat po operacji. S i t t e n f i e l d (4), który dzięki organizacji amerykańskich zakładów leczniczych mógł zestawić większy materjał, podaje, że na 265 chorych, które po doszczętnej operacji raka sutka żyły 10 lat bez objawów chorobowych, 73% przecież potem dostało nawrotów raka i zmarło na nie.

Naogół nawroty raka mają histologicznie, klinicznie i biologicznie ten sam charakter, co guz pierwotny, tak, że określenie ich jako nawrót poprzedniego guza nie sprawia trudności. Chcę jednak podkreślić, że zdarzają się też nawroty choroby rakowej, gdzie guz histologicznie, miejscowo i klinicznie jest zupełnie odmienny od dawnego guza.

D e l a g e n i è r e (5) podaje przypadek 40-letniej kobiety, którą w r. 1919 operowano doszczętnie z powodu prawostronnego raka sutka. W r. 1925 ta sama chora była operowana z powodu raka żołądka, a w r. 1930 po raz trzeci z powodu raka jajnika. Nigdy nie było nawrotów miejscowych.

Mieliśmy sposobność obserwować podobne przypadki. Pierwszy dotyczył 60-letniej chorej, która w r. 1916 była operowana z powodu prawostronnego raka sutka. W r. 1917 druga operacja z powodu lewostronnego raka sutka. W r. 1931 zachorowała na raka trzonu macicy z typowym obrazem histologicznym.

Drugi przypadek dotyczy 52-letniego chorego, który w r. 1925 chorował na raka języka i został wówczas wyleczony radem, przyczem gruczoły limfatyczne usunięto chirurgicznie. Cztery i pół roku później operowany był na raka żołądka.

Tu też można zaliczyć przypadek trzeci, chorego 46-letniego, który w r. 1926 chorował na raka wargi dolnej i wyleczony został radem. Po pięciu latach zachorował ponownie na raka wargi górnej.

Te przypadki późnych nawrotów o odmiennym charakterze od guza pierwotnego mogą nie być w związku z guzem poprzednim, lecz stanowić nową formę zachorzenia. Nazywamy je *retumifikacją*, aby uwypuklić ich biologiczną różnicę od późnych nawrotów, właściwych nawrotów dawnego guza.

Zarówno późne nawroty jak i retumifikacje podważają bardzo naszą wiarę w wyleczalność choroby raka dotychczasowemi sposobami i wskazują, że chory zagrożony jest stale nawrotem choroby, nawet jeżeli minęło wiele lat bez objawów od czasu usunięcia guza rakowego.

Wynikałoby z tego, że nasze sposoby lecznicze działają tylko paljatywnie. Wprawdzie dzięki wielkim postępom naszej sztuki leczniczej umiemy coraz lepiej przedłużać życie chorym rakowym, ale istotne wyleczenie z choroby raka zdarza się temi sposobami tylko wyjątkowo.

Medycyna dąży oczywiście do poprawienia tych wyników leczniczych. Przyczyny niepowodzeń szuka się dziś głównie w błędach technicznych popełnianych rzekomo podczas zabiegów. Niemniej w ostatnich czasach zaczyna się wykluwać przekonanie, że właściwa przyczyna niepowodzeń leży całkiem gdzie indziej i za leży od teoretycznego ujęcia patogenezy chorób rakowych.

Obok przeważającego dotąd poglądu, że rak jest chorobą miejscową, istnieje od bardzo dawnych czasów pogląd inny. Pogląd ten uważa chorobę raka za ogólne schorzenie całego organizmu, a wytwarzający się guz rakowy za jeden z objawów choroby. Objaw bardzo ważny i rzucający się w oczy, ale nie wyczerpujący całokształtu zjawisk patologicznych, zachodzących w tej chorobie.

Od czasu, jak medycyna doświadczalna zajęła się też chorobami rakowemi, poczyniono szereg spostrzeżeń, które wskazują, że zupełne zaniedbanie tego poglądu na istotę choroby raka nie było słuszne.

Jak wiadomo, istnieją dotąd dwie zasadnicze drogi wywoływania sztucznie raka na zwierzętach. Albo stosuje się przez dłuższy czas pewne ciała rakotwórcze, jak np. smołę, na pewne okolice

ciała zwierzęcia, albo szczepi się zwierzę cząstkami raka wyciętego z innego zwierzęcia. Okazało się, że podatność poszczególnych indywiduów w obrębie tego samego gatunku, na powstawanie raka, jest bardzo różna. Stwierdzono, że niektóre zwierzęta bardzo łatwo dostają raka, podczas kiedy u innych wytworzenie raka połączone jest z wielkiemi trudnościami lub wogóle się nie udaje. Stwierdzono dalej, że niektóre indywidua, jeżeli nawet drogą intensywnego stosowania bodźców dostają raka, to mogą się później z guza samoistnie wyleczyć. Jednem słowem stwierdzono, że istnieje odporność lub podatność organizmów dla choroby rakowej, warunkowana nie tyle czynnikami miejscowemi, w których staramy się wytworzyć doświadczalnie guz rakowy, lecz warunkowana czynnikami ogólnemi ustroju.

Okazało się dalej, że można przez *osłabienie odporności* organizmu doprowadzić do tego, że zwierzęta odporne na powstawanie raka stają się podatne dla tej choroby. Doświadczenia nasze z dr. Flaszenem (6) wykazały, że jest to możliwe u białych myszy przez alkalizowanie organizmu drogą podskórnych zastrzykiwań roztworów zasad. Doświadczenia Krebsa i Buscha (7) wykazały, że można to samo osiągnąć przez intensywne naświetlania zwierzęcia promieniami Roentgena. Brüda (8) wykazał, że uszkodzenie układu siateczkowośródbłonkowego zwierzęcia przez zaczopowanie komórek elektroujemnemi koloidami niszczy u szczurów odporność ich na szczepienie rakami myszy.

Doświadczenia te i inne udowadniają, że przy powstawaniu raka bardzo ważną rolę odgrywa zmiana całego ustroju, bez której guz nie wytwarza się. Nawet te doświadczalne sposoby, które wywołują raka drogą czysto miejscowego drażnienia, jak np. smarowanie smołą, działają poprzez ogólne przestrojenie ustroju. Dokładna analiza zjawisk przytem zachodzących wykazała, że działanie rakotwórczych ciał odbywa się drogą zatrucia ustroju. Fischer-Wasels otrzymywał raki u zwierząt smołowanych w całkiem innych okolicach ciała, niż te, które były smarowane smołą, jeżli u odpowiednio przygotowanych zwierząt wytwarzał dodatkowe uszkodzenia skóry w formie oparzenia. Königsfeld (9) wykazał, że zwierzęta smołowane są bardziej podatne na szczepienia raka, niż zwierzęta zwyczajne.

Badania doświadczalne wykazały dalej, że istnieje *przyrodzona wrażliwość na zachorowanie* na raka u białych myszy, która może się dziedziczyć. Fakt ten po raz pierwszy spostrzeżony przez Maud Slye, pozwolił nawet określić bliżej sposób tego dziedziczenia według praw Mendla. Przytem nie jest jeszcze jasnem, czy chodzi tylko o dziedziczenie usposobienia do zachorowania na raka, czy też o dziedziczenie samej choroby. Tesauro (10) stwierdził, że u myszy chorych na raka przechodzą z matki na płody składniki rakotwórcze, któremi można wywoływać u innych myszy raka.

Tak więc doświadczenia wykazują, że przy raku zwierzęcym koniecznem jest dla miejscowego powstania guza rakowego wytworzenie odpowiedniego zachorzenia całego ustroju w charakterystycznym kierunku, który stwarza t. zw. usposobienie rakowe. Dopiero na tle tego usposobienia przychodzi do wytworzenia się guza nowotworowego w odpowiedniem miejscu.

Spostrzeżenia na zwierzętach znalazły analogję w spostrzeżeniach klinicznych i chemicznych, które poczyniono u chorych na raka.

Okazało się, że surowica chorych na raka wykazuje pewne charakterystyczne zmiany, które dowodzą, że cały ustrój chorego ulega w chorobie rakowej głębokim zaburzeniom.

Jeszcze w r. 1897 wykazali Moore i Moraczewski (11), a później Waterman (12), że w krwi chorych na raka występuje *przesunięcie oddziaływania chemicznego w kierunku zasadowym*. Reding i Slosse (13) ogłosili w tej sprawie ostatnio wyniki rozległych badań, z których wynika, że odczyn krwi u chorych rakowych, mierzony oznaczaniem pH wykazuje *hiperalkalozę krwi*, przyczem *ilość jonów wapnia w krwi jest znacznie zmniejszona*. Badania innych autorów potwierdziły te dane, a uzupełniające doświadczenia na zwierzętach, między innemi także u nas (14) wykonane, wykazały, że alkalizacja ustroju ma ważny wpływ na powstawanie raka.

Reding i Slosse wykazali, że przesunięcie oddziaływania krwi w kierunku zasadowym stwierdza się także u bardzo wielu osobników, których należy uważać za dziedzicznie zagrożonych chorobą raka. Tem samem badania te stworzyły pomost między doświadczalnie stwierdzoną możliwością dziedziczenia się raka u zwierząt a spostrzeżeniami klinicznemi, które od najdawniejszych czasów wskazywały, że taki sposób szerzenia się tej choroby istnieje i u człowieka. Badania moje (15) ogłoszone w r. 1924 wykazały dziedziczenie się raka w bardzo wielu przypadkach, jużto bezpośrednio, jużto według praw Mendla. Od tego czasu ogłoszono tyle potwierdzających je spostrzeżeń, że dziedziczenie się niektórych postaci tej choroby nie ulega wątpliwości.

Dalszy dowód, że organizm chorego na raka ulega daleko idącym zmianom patologicznym, dały badania Freunda i Kaminerowej. Autorowie ci wykazali, że u ludzi zdrowych znajduje się w surowicy krwi ciało, które ma własność rozpuszczania *in vitro* komórek rakowych. U ludzi chorych na raka ilość tego składnika jest znacznie zmniejszona, natomiast można u nich stwierdzić obecność nowego ciała, które *in vitro* chroni komórki rakowe przed rozpuszczaniem. Na tej podstawie opracowali Freund i Kaminerowa t. zw. odczyn cytolityczny w krwi, który wprawdzie z powodów ubocznych nie nadał się do celów rozpoznawczych, pozwolił jednak głębiej wniknąć w stosunki całości ustroju u chorych rakowych.

Poznano jeszcze dalsze zmiany ogólne ustroju chorego na raka. Ogólna przemiana materji jest w chorobie rakowej pod wielu względami zmieniona. Zmiany te dotyczą częścią miejscowej przemiany materji w obrębie tkanki nowotworowej, częścią przemiany materji całego ustroju. Zmiany te odnoszą się do przemiany materji cukrów, lipoidów, lecytyny i t. d.

Do tego dochodzą *zmiany typu zjawisk odpornościowych*. Ostatnio udało się Hirszfeldowi i jego współpracownikom i Witebskiemu wykazać istnienie odczynów odpornościowych przeciwrakowych u chorych na raka.

Nie ulega więc wątpliwości, że u chorych rakowych istnieje ogólna *zmiana patologiczna całego organizmu*, której całokształtu jeszcze nie znamy, ale która wykazuje, że poza miejscowym guzem mamy w chorobie raka głęboko sięgające zaburzenie całego ustroju. Poglądy teoretyczne na istotę choroby raka muszą się więc odpowiednio zmienić i uwzględnić te zaburzenia przy tłumaczeniu istoty tej choroby.

Willy Mayer widzi istotę podatności na raka w osłabieniu układu nerwowego współczulnego. Zaburzenie między układem współczulnym a parasympatycznym prowadzi do zaburzeń wewnątrzwydzielniczych trzustki i przytarczycy i do zaburzeń równowagi kwasozasadowej. Równocześnie występuje zaburzenie równowagi elektrolitów z przewagą działania jonów potasu nad jonami wapnia. Komórki organizmu znajdują się w stanie hydropicznym, co przeszkadza sprawom gojenia się. Jeżeli na tak zmienione podłoże działają miejscowe drażnienia, to poprzez alkalozę ustroju dochodzi do powstania guza rakowego.

Inni autorowie widzą istotę dyskrazji rakowej w zaburzeniu czynności układu siateczkowośródbłonkowego. Boestrem uważa, że zmiana chorobowa w raku polega na zmienionej reakcji angjoplastycznego mezenchymu i t. d.

Te najnowsze poglądy na istotę choroby raka wskazują, jak znaczny przewrót dokonuje się w naszych poglądach na chorobę raka. Obok guza rakowego uwzględnia się w jak najszerszym zakresie ogólne zaburzenie chorego organizmu. Ta zmiana poglądów nie może pozostać bez wpływu na postępowanie lecznicze. Okazuje się bowiem, że obok leczenia miejscowego guza rakowego koniecznem jest leczenie całego ustroju chorego na raka. Koniecznem jest przestroić ustrój w tym kierunku, aby zatracił swą dyskrazję rakową.

I tem samem rozumiemy, że nasze dotychczasowe postępowanie lecznicze w chorobie raka było niezupełne i dlatego nie mogło być zadowalające. Dotychczasowe usiłowania wyleczenia choroby rakowej drogą miejscowego usuwania guza nowotworowego bez oglądania się na ogólne zaburzenie ustroju musi być zastąpione leczeniem, które obok leczenia miejscowego potrafi także wpłynąć korzystnie na cały ustrój rakowy.

Miejscowy guz rakowy ma niewątpliwie wielkie znaczenie patogenetyczne dla ustroju. Już ucisk mechaniczny i zatkanie ważnych narządów i przewodów ciała, niszczenie, ugniatanie ważnych dla życia narządów, łatwe zakażenie guza, krwawienia powodowane przez kruche naczynia guza, stanowią bardzo ważne czynniki chorobotwórcze. Do tego dochodzą objawy zatrucia ustroju przez produkty przemiany materji i rozpadu guza i przez następstwa zakażenia guza. Wszystko to ustępuje, jeżeli uda się guz miejscowo usunąć. Niemniej usunięcie guza nie wyczerpuje jeszcze całokształtu zmian potrzebnych do wyleczenia chorego i jak długo patologiczna zmiana całego ustroju, charakterystyczna dla choroby rakowej nie będzie wyleczona, tak długo musimy się liczyć z nawrotem guza rakowego. Jesteśmy więc zdania, że źródłem niepowodzeń leczniczych w raku jest zupełne zaniedbanie leczenia ogólnego chorego i zbytnieześrodkowanie wszelkich usiłowań leczniczych na usuwanie jednego tylko z objawów choroby, guza nowotworowego.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

WŁADYSŁAW ELMER. Lwów.

Badania przemiany jodu w ustroju ludzkim.

III.

Zachowanie się jodu we krwi oraz wydzielanie jego moczem i żółcia po jednorazowem dożylnem wlaniu jodu nieorganicznego w hipertyreozach.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. M. F r a n k e.

W poprzedniej naszej pracy wykazaliśmy, że w hipotyreozie stwierdza się po jednorazowem obciążeniu jodem nieorganicznym dość długo utrzymujący się wzmożony poziom jodu we krwi oraz szybsze i wybitniejsze (a potem zwolnione) wydzielanie jodu moczem, niźli w eutyreozie.

Wyszedłszy z założenia, że hipertyreoza jest stanem przeciwnym hipotyreozy, należy się spodziewać, że po obciążeniu jodowem będziemy mieli w niej wprost odwrotne zachowanie się jodu we krwi i w moczu. Z dotychczasowego piśmiennictwa tylko 3 publikacje dotyczą powyższego tematu, a mianowicie L u n d e g o i jego współpracowników (1) w sprawie zachowania się jodu całkowitego i jego frakcyj we krwi pod wpływem stosowania płynu Lugola oraz S t u r m a (2) i C a t e l l a (11) w sprawie wydzielania jodu moczem po podawaniu jodku potasu. Badań nad równoczesnem zachowaniem się jodu we krwi i w moczu po obciążeniu jodowem w powyższych pracach nie przeprowadzono.

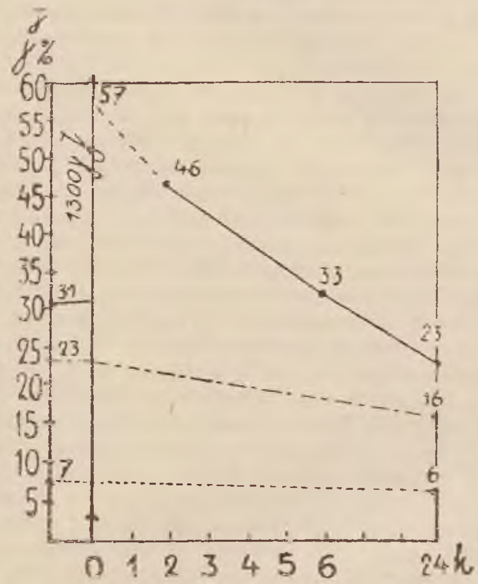
L u n d e, C l o s s i P e d e r s e n wykazali, że w hipertyreozach następuje po przewlocznem stosowaniu doustnem roztworu Lugola wprawdzie wzrost jodu całkowitego we krwi wskutek nadmiaru stosowanego jodu, frakcja jednakowoż organiczna jodu opada z bardzo podwyższonych wartości do poziomu prawidłowego w ciągu kilku lub więcej dni, tarczyca zaś uboga w jod i koloid staje się zpowrotem w nie bogatą. Wydzielania jodu moczem nie badano.

S t u r m zaś obserwował w hipertyreozie zachowanie się jodu w moczu po obciążeniu doustnem ilością 0.5 g jodku potasu i stwierdził, że ustrój wydziela około 40—50% jodu doprowadzonego, a zatem mniej aniżeli w przypadkach prawidłowych (65—70%). Badań jodu we krwi nie przeprowadził.

Powyżsi autorowie stosowali w swoich badaniach lecznicze dawki jodu a zatem bardzo wielkie ilości, które, jak to omawialiśmy wielokrotnie w poprzednich naszych pracach (3, 4), działają odmiennie aniżeli dawki małe. W naszych doświadczeniach stosowaliśmy jednorazowo dawki bardzo małe (1300 γ J *), o wiele bardziej zbliżone do ilości fizjologicznych. Badając równocześnie zachowanie się jodu endogennego i egzogennego we krwi, w moczu i w żółci po wlaniu dożylnem jodu nieorganicznego, mieliśmy na celu głębiej poznać sposób oddziaływania ustroju hipertyreotycznego na jod nieorganiczny oraz oświetlić bliżej zagadnienie jego zdolności magazynowania jodu endogennego. Trzymaliśmy się metodyki badań, użytej w poprzednich naszych doświadczeniach. Jod całkowity oznaczaliśmy mikrometodą przez nas wypracowaną (5), frakcjonowanie zaś jodu wykonywaliśmy sposobem L u n d e g o i C l o s s a (6).

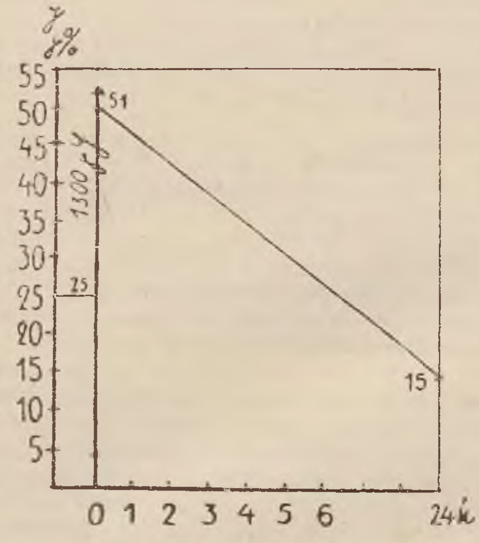
Zachowanie się jodu całkowitego i jego frakcyj we krwi. Badanie zachowania się jodu całkowitego i jego frakcyj we krwi wykazuje bardzo ciekawe stosunki po obciążeniu 1300 γ jodu nieorganicznego w postaci KJ. W załączonej krzywej Nr. 1. widać, że już po 2 godzinach poziom jodu całkowitego wynosi 46 γ %. Jeżeli wziąć pod uwagę, że jod we krwi przed obciążeniem wynosił 31 γ %, a przez wlanie dożylne 1300 γ J podwyższamy stężenie o *ca* 26 γ % tak, że bezpośrednio po wlaniu mielibyśmy stężenie jodu we krwi wynoszące około 57 γ %, musimy uważać, że po upływie 2 godzin wstrzyknięty jod poczyna rychło znikać z krwiobiegu **). Po okresie 6 godzin poziom jodu całkowitego osiąga prawie punkt wyjściowy, a zatem wlany jod znika prawie zupełnie z krwiobiegu. Po upływie 24 godz. jod całkowity wynosi 23 γ %, a zatem jest znacznie niższy, aniżeli przed wlaniem, co świadczy już nietylko o zupełnem zniknięciu jodu wlanego, ale też o wybitnem obniżeniu się poziomu jodu endogennego. Krzywa Nr. 2. również wykazuje spadek jodu całkowitego po upływie 24 godz. poniżej punktu wyjściowego.

Badanie frakcyj jodu a mianowicie rozpuszczalnej w alkoholu, odpowiadającej mniej więcej zawartości jodu nieorganicznego oraz nierozpuszczalnej w alkoholu, odpowiadającej znowuż przeważnie zawartości jodu organicznego, wykazuje (p. krzywa Nr. 1), że po upływie 24 godzin, równolegle ze spadkiem jodu całkowitego, opada też wybitnie frakcja organiczna, frakcja zaś nieorganiczna pozostaje na niezmienionym poziomie. Za czem przemawiają powyższe spostrzeżenia? Szybkie znikanie wlanego jodu z krwiobiegu przemawia za tem, że jod wstrzyknięty został albo szybko wydalony z ustroju, przedewszystkiem drogami moczowemi a częściowo żółciowemi, albo został chciwie wychwycony przez narządy wewnętrzne a w szczególności przez tarczycę, a zatem zatrzymany w ustroju. W pierwszym razie musielibyśmy stwierdzić wzmożone wyrzucanie jodu w moczu a częściowo w żółci, a ponieważ, jak wykażemy poniżej, odnośne badania tego nie wykazały, należy przyjąć, że ustrój przeważnie zatrzymał wstrzyknięty jod.



Krzywa Nr. 1.
Zachowanie się jodu całkowitego i jego frakcyj we krwi przed po wlaniu dożylnem 1300 γ J w hipertyreozie.

———————— jod całkowity
— — - — — - frakcja organiczna
- - - - - - - - - frakcja nieorganiczna



Krzywa Nr. 2.
Zachowanie się jodu całkowitego we krwi przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J w hipertyreozie.

Spadek zaś jodu organicznego świadczy o tem, że jod endogenny, a więc przeważnie tyroksynowy, pod wpływem wlania jodu nieorganicznego wybitnie opada we krwi. Potwierdza to empiryczne spostrzeżenie dawniejszych autorów, a nadewszystko doświadczenia Lundego i jego współpracowników, że jod nieorganiczny działa regulująco na zaburzoną przemianę jodową w hipertyreozie, hamując wyrzucanie jodu tyroksynowego z tarczycy do krwiobiegu.

---

*) 1300 γ J = 0.0017108 g KJ.

**) Bliższe wyjaśnienie znajduje się w pracy I.

Zachowanie się jodu w moczu. Badanie wydzielania jodu moczem wykazuje jeszcze ciekawsze stosunki.

Tablica I.

Cięższy przypadek hipertyreozy. M. S. ♀ lat 22, ps. = + 49%, J we krwi 31 γ %. Stan przed naświetlaniem rentgenowskiem. Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu nieorganicznego.

Data		Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	Odsetkowe wydzielanie jodu wlanego
12. IV. 1932.		24	1.380	7	96.6	—
	Po wlaniu dożylnem 1300 γ J jako KJ.					
13. IV.		1	27.5	28	7.7	—
		2	20	26	5	—
		3				
			(nie oddała moczu)			
		4				
		5	50	18	9	—
		6	110	12	12.6	—
razem		z 6 godzin	207.5		34.3	0.8%
reszta doby			870	14	121.8	—
razem		w 24 godz.	1077.5		156.1	4.5%
14. IV.		24	1.250	4.5	56.7	—

Tablica II.

Lżejszy przypadek hipertyreozy. A. M., ♀ lat 38, ps. + 36%, J we krwi 25 γ %.
Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu nieorganicznego.

Data		Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	Odsetkowe wydzielanie jodu wlanego
20. V. 1932		24	1.130	5	56.5	—
	Po wlaniu dożylnem 1300 γ J jako KJ.					
21. V.		6	540	20	108	7.2%
reszta doby			540	23	120.2	—
razem		24 godz.	1.080		228.2	13.1%
22. V.			715	10	71.5	—

Jak tablice I. i II. wykazują, wydzielanie jodu po obciążeniu jest wybitnie słabe, szczególnie w ciągu pierwszych 6 godzin, wynosząc 0.8%—7.4% (normalnie 13—20%). W ciągu całej doby wydzielanie to również jest wybitnie zmniejszone, wahając między 4.5 a 13.2% (normalnie 21—30%). Wydzielanie wstrzykniętego jodu w ciągu doby następnej po obciążeniu zazwyczaj ustaje zupełnie, a niekiedy jest nawet mniejsze niżli przed obciążeniem (tabl. I.). Również S t u r m stwierdził słabsze wydzielanie jodu moczem po obciążeniu a mianowicie wynoszące 40—50% w stosunku do 65—70% w przypadkach prawidłowych. Liczby S t u r m a są oczywiście zarówno w hipertyreozie jako też w przypadkach prawidłowych wybitnie wysokie, co, jak objaśnialiśmy już w poprzednich naszych pracach, należy tłumaczyć tem, że podawał on bardzo wielkie ilości jodu (kilkaset tysięcy γ J).

Obserwując wydzielanie jodu moczem w pierwszych 2-ch godzinach po obciążeniu (p. tabl. I.), kiedy ustrój wydzielił zaledwie 12.7 γ jodu, oraz zachowanie się równocześnie jodu we krwi w tym samym czasie, w którym utrzymuje się on jeszcze na poziomie stosunkowo dość wysokim (46 γ %), musimy stwierdzić, że ustrój hipertyreotyczny nie zezwala wlanemu jodowi wybitnie uchodzić moczem z ustroju. Oczywista rzecz jod może się wydzielać w pewnej mierze też innemi drogami; po wlaniu dożylnem jodu mogłyby tu między innemi przedewszystkiem wchodzić w grę drogi żółciowe.

Zachowanie się jodu w żółci. M a u r e r i D u c r u e (7) stwierdzili na zwierzętach prawidłowych, że stężenie jodu w żółci po obciążeniu jodem nieorganicznym w większej dawce podnosi się bardzo wybitnie. Np. z przeciętnego poziomu jodu w żółci naczczo, wynoszącego 40 γ %, podnosi się poziom jodu w 24 godz., po obciążeniu u trzech rozmaitych prawidłowych zwierząt do 362,250 i 305 γ %. Pomijając silne stężenie jodu w żółci naczczo jak i po obciążeniu, które wydaje się nam zbyt wysokie, w każdym razie należy podkreślić, że doświadczenia te wykazują zdolność wydzielania jodu drogami żółciowemi. Wedle badań T s i u k o I b u k i (8) jod nieorganiczny jest przeważnie *synuricum*, a nie *syncholicum*, t. j. wydziela się przeważnie moczem (65%) a nie żółcią (10—30%). Już na tej podstawie można się było spodziewać, że wydzielanie jodu żółcią po obciążeniu jodem nieorganicznym będzie słabsze, aniżeli moczem. W naszym przypadku, jak tabl. Nr. III wykazuje, stężeniu jodu w żółci przez okres 6 godzin po obciążeniu nie ulega prawie zmianie. Oznacza to, że wydzielanie jodu nieorganicznego w żółci, będące już w przypadkach prawidłowych mało wybitne, jest w hipertyreozie zupełnie znikome bądź też wogóle się nie zaznacza. Jeżeli uwzględnić, że równocześnie po upływie 6 godzin wlany jod we krwi prawie zupełnie znika, musimy przyjść do przekonania, że ustrój hipertyreotyczny i na tej drodze broni się przed uciekaniem jodu z organizmu.

Tablica III.

Cięższy przypadek hipertyreozy. M. S. ♀ lat 22, ps. + 39%, J we krwi 23 γ %. Nieznaczna poprawa po naświetlaniu rentgen.
Zachowanie się jodu w żółci, w moczu i we krwi.

Data	Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ % żółć	J w γ % krew	J w γ % mocz	J absolutny w moczu w γ	Odsetkowe wydz. jodu wlanego
27. V. 1932.	24	2.900	—	—	3%	87	—
28. V.	na czczo		19	23	—	—	—
29. V.	na czczo		18	—	—	—	—
	Po wlaniu dożylnem 1300 γ J jako KJ.						
	2	—	20	—	—	—	—
	4	230	22	—	18.5	42.55	—
	6	—	19	24	—	—	—
razem		230	—	—	18.5	42.55	1.5%
reszta doby		750	—	—	16.5	123.75	—
razem	24 g.	980	—	—	—	166.30	6.3%
29. V.		1.180	—	—	7	92.6	—

Do jakich wniosków upoważniają nas nasze badania? Ustrój hipertyreotyczny niewątpliwie wychwytuje i zatrzymuje jod nieorganiczny znacznie chciwiej, aniżeli organizm prawidłowy *). Wprawdzie badania L u s t i g a i B o t s t i b e r a (9) zdają się prowadzić do odmiennego wniosku, wykazując mianowicie, że surowica krwi w hipertyreozie ma posiadać słabszą zdolność wiązania jodu dodanego, aniżeli surowica normalna, to jednak doświadczeń tych autorów, przeprowadzonych *in vitro* nie można utożsamiać z wynikami badań *in vivo*.

Hipertyreoza, jak zaznaczyliśmy, zachowuje się odmiennie, aniżeli eutyreoza, a w stosunku zaś do hipotyreozy wykazuje ona biegunowo przeciwne stosunki zarówno we krwi jak i w moczu po obciążeniu jodowem.

Badania nasze potwierdzają w dalszym ciągu hipotezę L u n d e g o, C l o s s a i P e d e r s e n a, że w hipertyreozie tarczyca straciła zdolność zatrzymania wytwarzanego przez siebie jodu tyroksynowego. Np. w przypadku 1 stwierdzamy wzmożony poziom jodu całkowitego a w szczególności frakcji organicznej we krwi, wzmożone wydzielanie jodu moczem (96.6 γ jodu na dobę przekracza znacznie przez nas na podstawie licznych badań uzyskaną przeciętną wydzielania jodu moczem we Lwowie) oraz wzmożone stężenie jodu w żółci. Te wzmożone wartości jodu są niewątpliwym wyrazem wyrzucania jodu przez tarczycę do krwiobiegu, a stąd moczem a częściowo żółcią nazewnątrz ustroju. Również badania W i l l i a m s o n a i P e a r c e'g o (10) zdają się przemawiać za tem, że tarczyca w chorobie Basedowa wykazuje wybitnie obniżoną zdolność wiązania jodu. Chcielibyśmy tutaj zaznaczyć, że przy omawianiu pojęcia zdolności wiązania jodu należy odróżnić zdolność wiązania jodu endogennego od zdolności wiązania jodu egzogennego. Z badań naszych wynika, że w hipertyreozie, w przeciwieństwie do hipotyreozy, ustrój odzyskuje, przynajmniej czasowo, pod wpływem doprowadzenia od zewnątrz jodu nieorganicznego zdolność zatrzymywania jodu nietylko endogennego, wyrazem czego jest spadek frakcji organicznej we krwi ale też egzogennego, wyrazem czego jest bardzo nikłe wydzielanie doprowadzonego jodu w moczu i w żółci.

*) W innych znowu przypadkach ustrój hipertyreotyczny zachowuje się jak eutyreoza, a w pewnych warunkach jak hipotyreoza. Sprawę tę omówimy w doniesieniu następnem.

S t r e s z c z e n i e.

A) Wzmożone wartości jodu we krwi, w moczu i w żółci w hipertyreozie potwierdzają hipotezę, iż w hipertyreozie tarczyca straciła zdolność zatrzymywania wytwarzanego przez siebie jodu tyroksynowego.

B) Po jednorazowem dożylnem wlaniu małych dawek jodu nieorganicznego (1300 γ J jako KJ) w hipertyreozach stwierdza się:

1. Jod we krwi i w moczu zachowuje się wybitnie odmiennie, aniżeli w eutyreozie, zaś biegunowo przeciwnie, aniżeli w hipotyreozie.

2. Jod wstrzyknięty znika szybko z krwiobiegu. Jod całkowity we krwi po upływie 24 godzin opada niżej punktu wyjściowego. Podobnie zachowuje się frakcja organiczna jodu, frakcja zaś nieorganiczna pozostaje na niezmienionym poziomie.

3. Wydzielanie jodu moczem jest wybitnie słabsze, aniżeli w eutyreozie, szczególnie w pierwszych 6 godzinach po obciążeniu, wynosząc 0.8—7.4 % jodu doprowadzonego do ustroju (normalnie 13—20%). W ciągu całej doby wydzielanie jodu wstrzykniętego jest również wybitnie zmniejszone, wahając między 4.5—13.1% (normalnie 21—30%). Wydzielanie jodu wstrzykniętego w ciągu doby następnej po obciążeniu zazwyczaj ustaje zupełnie, a niekiedy nawet jest słabsze, aniżeli przed obciążeniem.

4. Stężenie jodu w żółci, przynajmniej w 6 pierwszych godzinach po obciążeniu, nie ulega prawie zmianie. Drogi żółciowe nie odgrywają prawdopodobnie w hipertyreozie większej roli w wydzielaniu jodu wlanego.

5. Szybkie znikanie wlanego jodu z krwiobiegu, spadek jodu całkowitego a zwłaszcza frakcji organicznej poniżej punktu wyjściowego po 24 godzinach, przy równoczesnem bardzo słabem wydzielaniu jodu moczem a jeszcze słabszem żółcią, przemawiają za tem, że ustrój hipertyreotyczny z daleko większą chciwością, aniżeli eutyreoza zatrzymuje doprowadzony jod nieorganiczny, oraz że w hipertyreozie przychodzi pod wpływem zastosowania jodu nieorganicznego do polepszenia (czasowego) zaburzonej przemiany jodowej, wyrażającego się wzmożeniem zdolności magazynowania jodu endogennego i egzogennego w ustroju.

Piśmiennictwo.

1) G. L u n d e, K. C l o s s i O. Chr. P e d e r s e n: Bioch. Z. 206, 261, 1929. — 2) A. S t u r m: Med. Welt, 1931. Nr. 40—41. — 3) Wł. E l m e r: P. G. L. Nr. 49. 1932; Dtsch. Arch. Klin. Med. Z. 174, 390, 1932. — 4) T e n ż e: P. G. L. Nr. 4. 1933; Dtsch. Arch. Klin. Med. Z. 174, 449, 1933. — 5) T e n ż e: Bioch. Z. 248, 163, 1932; Pol. Arch. Med. Wewn. (w druku). — 6) G. L u n d e, K. C l o s s: Norsk. Mag. f. Laegev. 1928, str. 500; G. L u n d e, K. C l o s s i O. Chr. P e d e r s e n: l. c. — 7) E. M a u r e r i H. D u c r u e: Bioch. Z. 193, 360, 1928. — 8) T s i u k o I b u k i: Arch. Exp. Pathol. u. Pharm. 124, 5/6, 1927. — 9) B. L u s t i g i G. B o t s t i b e r: Bioch. Z. 220, 192, 1930. — 10) G. S c o t t W i l l i a m s o n i I n n e s H. P e a r c e: Quart. J. Med. 22, 21. 1928. — 11) B. C a t t e l l: Boston Med. a. Surg. Journ. 195, 69. 1926.

Prym. Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.

Wskaźnik równowag' psychosomatycznej.

Wzór ogólny na równowagę psychosomatyczną przedstawiony w pracy poprzedniej (1) nie określa wartości współczynnika psychosomatycznego o wartości ogólnej n. Z tego powodu określenie równowagi psychosomatycznej wymaga analizy stosunku zarówno psychosomatycznego $\left(\frac{P}{C}\right)$ jako też somatycznopsychicznego $\left(\frac{C}{P}\right)$. Poruszone już wpływy energji psychicznej na energję somatyczną dadzą się określić wzorem:

$$P = C\alpha \qquad \text{I.}$$

Stanowią one jednak tylko część spostrzeżeń nad równowagą, gdyż ich ocena ujętą jest z punktu wpływów P na C. Są bowiem także zjawiska, oprócz podanych, dowodzące istnienia wpływów odwrotnych a to procesów cielesnych na procesy psychiczne. Przykładem tego mogą być choroby somatyczne, z których zwłaszcza gruźlica oddziaływa na psychikę w sposób szczególny (2). Również inne stany chorobowe, jak np. częstoskurcz, który w sposób charakterystyczny albowiem doraźny wywołuje uczucie lęku, mogą tego dowodzić.

Także szereg procesów fizjologicznych wskazuje na obecność wpływów somatycznych na psychikę. I tak np. oddanie moczu, lub stolca, bądź też przyjęcie pokarmu i t. p. wyzwalają doraźnie przemijające uczucie zadowolenia, zaś wzmożenie czynności serca niepokój a nawet lęk. Często u osobników wrażliwych głęboki wdech sprowadza natychmiast uczucie zadowolenia, względnie ulgi (westchnienie), przyczem głęboki wydech usposabia przeciwnie, nawet wywołując uczucie lęku, przy powstrzymaniu w tej fazie ruchów oddechowych. Tem większą euforję sprowadza następowy głęboki wdech, po dłuższem zatrzymaniu oddechu. Wdech i wydech oraz jego wpływy na psychikę są tutaj równocześnie przykładem istnienia nietylko równorzędnych wpływów procesów cielesnych na psychiczne, lecz także dowodzą istnienia nieustającej i ciągłej równowagi w procesach somatycznopsychicznych.

Uwzględniając ową odwrotność wpływów, wypada w analogii do wyprowadzenia wzoru na energję psychiczną, przedstawić energję somatyczną wzorem

$$C = P\alpha_1 \qquad \text{II}$$

przyczem współczynnik α_1 musi mieć tutaj wartość ujętą ze sposobu oddziaływania C na P. Tem samem wartość α_1 nie może być równą wartości α a więc wartość α_1 musi być różną od wartości α, za wyjątkiem tylko jednego wypadku, w którym wpływ somatycznopsychiczny staje się równy wpływowi odwrotnemu, a więc psychicznosomatycznemu. Wtedy $\alpha_1 = \alpha$ jest jednym z warunków stanu równowagi psychosomatycznej.

Przekształcając wzór II i łącząc ze wzorem I otrzymujemy

$$P = \frac{C}{\alpha_1} \text{ i } P = C\alpha \qquad \text{III}$$

Dodając oba równania otrzymujemy nową wartość dla $\left(\frac{P}{C}\right)$ dającą się przedstawić wzorem:

$$\frac{P}{C} = \frac{\left(\alpha + \frac{1}{\alpha_1}\right)}{2} \qquad \text{IV}$$

A ponieważ z założenia równowagi wynika, że

$$\frac{\left(\alpha + \frac{1}{\alpha_1}\right)}{2} = 1, \qquad \text{V}$$

przeto $\alpha = 1$ staje się drugim postulatem równowagi. Zatem warunkiem równowagi psychosomatycznej jest $\alpha = \alpha_1 = 1$, a stąd wskaźnik równowagi (R) daje się wyrazić wzorem:

$$R = \Delta\alpha \text{ czyli } R = \frac{1}{\alpha} \qquad \text{VI}$$

Widać stąd, że do oznaczenia aktualnego stanu równowagi psychosomatycznej wystarcza obliczenie tylko wartości α.

Wyrażając energję psychiczną przez jej czynny wpływ na procesy cielesne, zachodzi potrzeba spostrzegania tego wpływu, który w warunkach fizjologicznych jest ustawicznie czynny, a który daje się bliżej określić przez poznanie skutków, a więc zjawisk somatycznych przezeń wywoływanych. Najłatwiej dadzą się owe wpływy śledzić w swoich skutkach, w stosunku do narządu krążenia, gdzie spostrzegać można objawy przyśpieszania się tętna np. pod wpływem lęku. Podobny afekt psychiczny pod wpływem bodźca wyzwolony doświadczalnie również jest zdolny wywołać zmiany w tętnie, te zaś są łatwo dostępne spostrzeganiu.

P r z y k ł a d: Afekt lęku można spowodować u badanego osobnika przez zadziałanie określonej podniety psychicznej. Skoro w pewnej chwili bezpośrednio przed doświadczeniem stwierdzimy u niego 70 uderzeń tętna na minutę, zaś bezpośrednio po zadziałaniu podniety 80 uderzeń, wtedy przy energji somatycznej wyrażonej przez C = 70, otrzymujemy $C\alpha = 80$ *) skąd

$$\alpha = \frac{8}{7}, \text{ zaś } \Delta\alpha = 0{\cdot}875, \text{ czyli } R = 0{\cdot}875$$

określa w przybliżeniu aktualny stan zaburzenia równowagi psychosomatycznej, która u osobnika normalnego, przy podniecie psychicznej słabej wynosi R = 1, gdyż $\Delta\alpha = 1$.

Jest rzeczą naturalną, że nietylko zmiany zachodzące w ilości uderzeń tętna mogą stanowić kryterja tych doświadczeń, lecz także

---

*) W jednej z prac poprzednich (P. Gaz. Lek. Nr. 6. 1933) poruszyłem problem możliwości wyrażenia energji psychicznej P przez energję somatyczną C. W przedstawionym przykładzie możnaby uczynić zarzut, że wartość P została wyrażoną niezupełnie przez wartość C, która tutaj wynosi $C\alpha = 80$, zamiast 70 (P), w myśl wzoru I. Jednak uczynione tutaj odstępstwo opiera się na przyjęciu, że przy słabej podniecie psychicznej stan prawidłowej psychiki P nie ulega zasadniczej zmianie, pozostając więc nadal P.

inne zjawiska mogące towarzyszyć takim stanom, a to ciśnienie krwi, szerokość naczyń włosowatych, objętość wyrzutowa serca i t. p. następstwa, jako oznaka zadziałania wpływów psychicznych na narząd krążenia w ogólności. Współczynnik α można również oznaczyć ze spostrzeżeń procesów organicznych, więcej skomplikowanych, uzależnionych od zespołu czynników równocześnie, a więc od wagi ciała, wieku, wzrostu, płci i szeregu procesów fizjo- i patologicznych, jak to np. zachodzi w p. przemianie materji. Że procesy p. przemiany materji zależą również od wpływów psychogennych, trudno jest temu zaprzeczyć. Wspomnę tu o doświadczeniach Benedicta i Carpentera (3), którzy znachodzili różnice w zużyciu tlenu o 6% zaś CO_2 o 2% wyższe pod wpływem pracy intelektualnej. Podobne wyniki zapodaje także Lehmann A. (4), zaś Chlopin i Okunewsky (5) spotykali różnice dochodzące do 68% w zużyciu tlenu, zaś 115% w zużyciu CO_2. Również w badaniach przeprowadzanych wspólnie z A. Falkiewiczem (6) w chorobach serca, znachodziliśmy różnice dochodzące do 20—30% w zużyciu tlenu zależnie od stanu psychicznego chorych. Wynika stąd, że spostrzeganie p. p. m. w czasie działania bodźców psychicznych również może być pomocą do oznaczenia współczynnika α a więc aktualnego stanu równowagi psychosomatycznej. Być może, że ten sposób badań mógłby mieć większą wartość, aniżeli śledzenie zmian w krążeniu, z uwagi na to, że p. p. m. lepiej określa energię somatyczną jako całość, aniżeli tylko jeden chociaż najważniejszy narząd. Czy współczynnik α oznaczony na tych drogach, w tych samych warunkach mógłby dawać wyniki identyczne, względnie do siebie zbliżone, lub może nawet bardzo się różniące, wymaga to dalszych badań.

Piśmiennictwo.

1) Tomanek Z.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 1933. — 2) Tomanek Z.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 10, 1929. Gruźlica N. 5. T. V. 1930. — Lw. Tow. Lek. maj 1932. Gruźlica (w druku). — 3) Benedict i Carpenter: Według E. Gräfe: Erg. d. Physiol. 21, 1923. — 4) Lehmann A.: Ber. d. V. Kongr. f. exp. Psychol. 136, 1912. — 5) Chlopin i Okunewsky: Arch. f. Hyg. 91, 317, 1922. — 6) Tomanek Z., Falkiewicz A.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. VIII. Z. 1. 1930.

Dr. J. SZYMAŃSKA. Warszawa.

Wartość praktyczna sposobu Dold'a w zastosowaniu do odczynu wiązania dopełniacza i do odczynu Sachsa-Georgi'ego.

Z Miejskiego Instytutu Higjeny m. st. Warszawy.
Kierownik: Dr. A. Ławrynowicz.

Często się zdarza, że pracownia w celu wykonania odczynu serologicznego kiłowego otrzymuje do zbadania materjał, zawierający znikomą ilość surowicy oddzielonej lub też jedynie skrzep bez surowicy; czyni to niemożliwem wykonanie odczynu, zwłaszcza gdy krew została nadesłana zdaleka i niema możności ponownego jej pobrania.

Sposób Dold'a (Kl. W. 1925 Nr. 3), polegający na wykorzystaniu surowicy zawartej w skrzepie i użyciu jej w postaci rozcieńczonej do odcz. Wassermanna, dawałby możność wykonania odczynu w tych przypadkach, gdy surowicy oddzielonej brak.

Podstawy sposobu Dold'a nie są nowe.

Wretowski (Gaz. Lek. 1908, Nr. 44) używał do odczynu zlepnego krwi wysuszonej na bibułce lub wacie; surowica otrzymana zapomocą moczenia bibuły lub waty w fizjologicznym roztworze soli, zachowywała swe własności zlepne w ciągu 20 dni.

Sposób postępowania Dold'a jest następujący: do skrzepu pozbawionego oddzielonej surowicy dolewa się równą objętość fizjologicznego rozczynu soli, rozbija skrzep dokładnie, inaktywuje się w łaźni w temp. 56°, w ciągu pół godziny, wiruje się bardzo mocno i z odciągniętą, rozcieńczoną surowicą wykonuje się O W. Postępując w ten sposób Dold, otrzymał na 220 zbadanych skrzepów zupełną zgodność z wynikami otrzymanemi z surowicą nierozcieńczoną w 199 przypadkach, niewielkie odchylenie w 19 przypadkach, znaczną rozbieżność w 2 przypadkach.

Sposób Dold'a stosował Spranger (Kl. W. 1926, Nr. 2), który zbadał 500 skrzepów i na 109 wyników dodatnich z nierozcieńczoną surowicą — otrzymał zupełną zgodność w 88 przypadkach.

Dość dobre wyniki otrzymane przez Dold'a, zachęciły mnie do wypróbowania wartości praktycznej tego sposobu w zastosowaniu do odczynów wiązania dopełniacza z antygenami Mc. Intosha, Bordet'a i do odczynu Sachsa-Georgi'ego.

Postępowałam według wskazówek Dold'a: do spostrzeżeń porównawczych wybierałam jedynie skrzepy, których surowice nierozcieńczone dawały odczyny dodatnie (w granicach od +++ do +).

Ogółem zbadano 150 skrzepów; odczynów wykonano 355, w tem z antygenem Mc. Intosha — 150, z antygenem Bordet'a — 125 i odczynów Sachsa-Georgi'ego — 80.

Wyniki były następujące: na 150 wyników dodatnich z antygenem Mc. Intosha z surowicą nierozcieńczoną — otrzymano zgodnych wyników 27 (18%), słabszych — 25 (16,66%), niezgodnych ujemnych — 98 (65,33%).

Na 125 wyników dodatnich z antygenem Bordeta — zgodnych wyników otrzymano 24 (19,2%), słabszych — 21 (16,8%), niezgodnych — ujemnych — 80 (64%).

Na 82 odczynów Sachsa-Georgi'ego — otrzymano zgodnych wyników 10 (12,16%), słabszych — 14 (17,0%), niezgodnych, ujemnych — 58 (70,72%).

Dokładne zestawienie porównawcze wyników otrzymanych podaje tablica następująca:

Surowica nierozcieńczona	Liczba odczynów	Sposób Dolda +++	++	+	—
Z antyg. Mc. Int.					
+++	112	25	10	11	66
++	23	0	2	4	17
+	15	0	0	0	15
Z antyg. Bordet'a					
+++	101	21	6	15	59
++	16	0	3	0	13
+	8	0	0	0	8
Odcz. Sachs-Georgi'ego					
+++	69	9	5	9	46
++	6	0	1	0	5
+	7	0	0	0	7

W porównaniu z Doldem i Sprangerem otrzymałam bardzo mały odsetek wyników zgodnych (12,16% — 19,2%).

Duży odsetek odczynów niezgodnych świadczy, że wyniki otrzymane sposobem Dold'a w zastosowaniu do odczynów wiązania dopełniacza i odczynu Sachsa-Georgi'ego — mogą być brane pod uwagę tylko o tyle, o ile wypadają wyraźnie dodatnio.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Adam ABDAŃSKI, dyr. szpitala. Krzemieniec.

Rak wargi dolnej u 9-letniego dziecka.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala św. Zofji we Lwowie.
Ordynator: Dr. R. Rodziński.

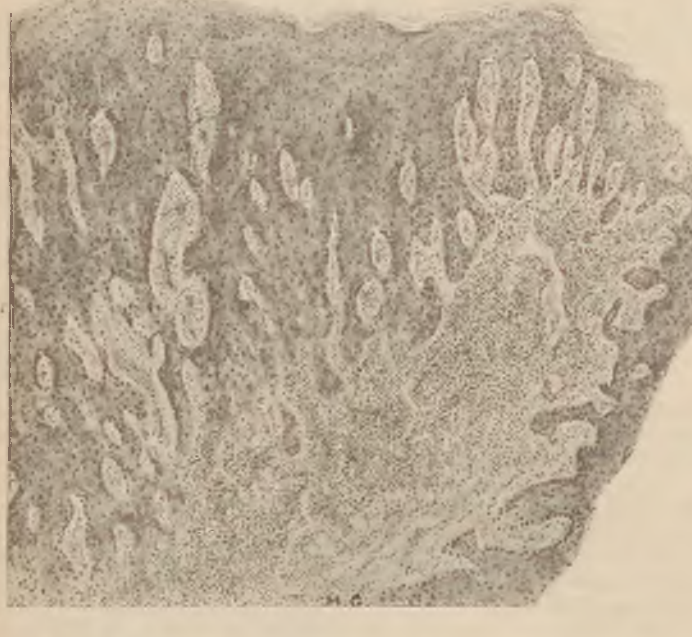
W dostępnem mi piśmiennictwie, zajmującem się rakami u dzieci znalazłem jedną tylko wzmiankę o raku wargi dolnej (Kondratenko). De la Camp opisuje raka żołądka, Grawitz skóry, Rumpel pęcherza moczowego, Bumm macicy 7-miesięcznego dziecka, Philipp, Ribbert i Mieremet wątroby, Lindenmann, Schlieps i Schnitzler kiszki. Rzadkość wyżej wymienionego przypadku skłania mnie zatem do przytoczenia następującej historji choroby:

W sierpniu 1931 r. zgłosił się w przychodni Szpitala św. Zofji we Lwowie 9-letni chłopiec, u którego stwierdziliśmy mały guzek, wielkości grochu, po stronie lewej wargi dolnej. Ojciec dziecka podał, że guzek ten zjawił się na tem samem miejscu przed około 4 miesiącami, rósł powoli aż wreszcie osiągnął wielkość obecną. Nie przypomina sobie, aby dziecko się kiedykolwiek w wargę uderzyło lub skaleczyło. Mimo leczenia zachowawczego w innym zakładzie guzek się nie zmniejszał, przeciwnie rozwijał się widocznie. Guzek sam zupełnie niebolesny, ani samoistnie ani na ucisk. Gruczoły podszczękowe lewostronne powiększone, niebolesne. Zęby zdrowe, nie dotknięte próchnicą.

Oporność guzka wobec wszelkich zabiegów zachowawczych, długi czas jego trwania, jego podejrzany charakter — oto przyczyny, dla których pomyśleliśmy o nowotworze. Przypuszczalne nasze rozpoznanie: rak wargi dolnej zostało w zupełności potwierdzone przez badanie anatomo-patologiczne (Prof. Nowicki). Wobec tego wycięto nowotwór w granicach zdrowych po uprzedniem wyłuszczeniu gruczołów podszczękowych. Po kilku dniach dziecko opuściło Szpital, przyczem polecono mu się zgłosić do naświetlania promieniami Roentgena.

Mikroskopowo składa się badany preparat z tkanki łącznej, nielicznych włókien mięsnych i wielowarstwowego, typowego, nieco na powierzchni zrogowaciałego nabłonka płaskiego. Ten ostatni

przechodzi bezpośrednio w nabłonek atypowy, który tworzy na powierzchni szeroką warstwę i wnika w podłoże tkankołącznowe pomiędzy włókna mięsne w postaci sopli zrogowaciałych w partjach środkowych i przedstawiających na przekrojach poprzecznych obraz t. zw. pereł rakowych. Komórki ich są przeważnie wieloboczne a w głębszych warstwach wrzecionowate. Protoplazma barwi się silnie eozyną, jądra są naogół ubogie w chromatynę, barwią się nieregularnie i dzielą się mitotycznie i amitotycznie, tu i ówdzie nietypowo *(triaster)*.



Obraz powyższy odpowiada obrazowi rogowaciejącego raka płaskokomórkowego (kankroid). Podłoże łącznotkankowe jest w pobliżu pereł rakowych obrzękłe i zapalnie nacieczone. Widzi się tam małe, okrągłe komórki limfoidalne i fibroblasty, co odpowiada stanowi przewlekłego zapalenia. Ściany naczyń niezmienione. Gruczoły podszczękowe nie wykazują zmian ważniejszych, a w szczególności nie stwierdza się tam komórek nowotworowych, mogących pochodzić z guza wargi dolnej.

Po zabiegu operacyjnym było dziecko leczone jeszcze promieniami Roentgena i znajduje się dotąd pod stałą kontrolą lekarską, bez nawrotu.

Zestawienie:

a) Przypadek powyższy jest interesujący przedewszystkiem ze względu na rzadkość raków u dzieci w ogólności, a raków wargi dolnej w dzieciństwie w szczególności.

b) W przypadku powyższym nie można było wykazać żadnego urazu ani innego czynnika, mogącego wywołać bujanie nowotworowe.

c) W gruczołach podszczękowych nie stwierdzono komórek przerzutowych mimo kilkomiesięcznego trwania choroby.

Piśmiennictwo:

Kondratenko: Arch. klin. Chir. 168. — Nordmann: Chirurgie. — Ribbert: Das Karzinom des Menschen.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Z. DANIELSKI. Lwów.

Stosunek alergji do odporności i chryzoterapja gruźlicy

na Międzynarodowym Kongresie Przeciwgruźliczym w Holandji (Haga, Amsterdam, 6—9 IX. 1932 r.).

Sprawozdanie niniejsze obejmuje dwa pierwsze tematy zjazdowe, mianowicie: 1. stosunek między alergją a odpornością i 2. chryzoterapję. Temat trzeci t. j. leczenie posanatoryjne opiszę osobno, a to łącznie z problemem komór pneumatycznych na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w latach 1931 i 1932 w Instytucie: *Deutsche Tuberkulose Forschunganstalt*, jako też w: *Institut für Luftfahrtmedizin u. Klimaforschung* w Hamburgu - Eppendorfie.

Uważam za wskazane przypomnieć tu przedewszystkiem, że ostatnie międzynarodowe Kongresy w Rzymie 1928 r. i w Oslo 1930 r. wysunęły na czoło dyskusji zagadnienie, w całym świecie dziś omawiane zwalczania gruźlicy zapomocą szczepień doustnych noworodków w ciągu pierwszych dziesięciu dni życia szczepionką B. C. G. — wychodząc słusznie z założenia, że o ileby przypuszczenia i tezy prof. Calmette'a i Guérina okazały się słuszne i ustalone, problem walki społecznej z gruźlicą zostałby prawie w zupełności rozwiązany. Mimo jednak bardzo wyczerpującej dyskusji i bardzo bogatej odnośnej literatury sprawa ta jak dotychczas definitywnie rozstrzygniętą nie została, obok bardzo wielu zwolenników i entuzjastów pozostaje nadal cały szereg przeciwników zwalczających zdecydowanie założenia i tezy Calmette'a i Guérina i wypływające z tychże wnioski. Praktyczny świat lekarski zmuszony jest poniekąd wyczekiwać i nadal ściśle obserwować owe dziesiątki i setki tysięcy w Europie i innych częściach świata zaszczepionych noworodków, jakie będą ich losy w przyszłości zwłaszcza w drugim przełomowym okresie człowieka, — w okresie pokwitania — czy niezależnie od wszelkich zewnętrznych przyczyn wystąpią jakiekolwiek zmiany gruźlicze, czy też — co jest prawdopodobniejsze — wystąpią one na skutek zmniejszonej odporności po przebytych różnorodnych schorzeniach, uszkodzeniach i t. p. — czy twierdzenie o możliwości wzmożenia zjadliwości prątka zmniejszonej do *minimum* przez liczne przeszczepiania na sztucznych pożywkach — okażą się słuszne.

W tym stanie rzeczy słusznem i uzasadnionem było stanowisko naczelnego międzynarodowego Komitetu, który wysuwając na ostatnim Kongresie zagadnienie stosunku między alergją a odpornością usiłował niejako teoretycznie przynajmniej naświetlić, ustalić i rozstrzygnąć sprawę szczepień B. C. G., gdyż w tem właśnie zagadnieniu zrodziło się źródło konfliktu pomiędzy szkołą wiedeńską a raczej niemiecką z Pirquetem na czele, a zwolennikami Calmette'a. Pirquet twierdził bowiem, że alergja jest tylko stanem mniejszej czy większej wrażliwości organizmu — podczas gdy Calmette alergię wprost odporności przeciwstawił, uważając je za dwa zupełnie różne, niezależne od siebie stany. Uczestnik Kongresu Dr. Stanisław Hornung przedstawił w skrótach i streszczeniach treść referatu głównego, koreferatów i poszczególnych wybitniejszych dyskusyj (p.: „Gruźlica" Roczn. VII. Nr. 5) ograniczam się zatem do ogólnego spostrzeżenia, że zagadnienia wyżej wspomniane zostały istotnie wszechstronnie tym razem naświetlone. Obok głównego referatu opartego na przesłankach z dziedziny patologji eksperymentalnej, poszczególne koreferaty opierały się na założeniach histologicznych, anatomicznych, klinicznych, chemicznych, fizjologicznych, biologicznych jak też higjenicznych — słowem w miarę tego, jaki dział wiedzy dany prelegent reprezentował, starał się go ze swej strony naświetlić.

Czy jednak doszło do definitywnego ustalenia tego zawiłego problemu? Niestety — nie. Wszyscy referenci podnosili, że zagadnienie to niezwykle interesujące i z wielu względów miarodajne, wymaga jeszcze dalszych doświadczeń i badań w dziedzinie eksperymentalnej, zanim będzie można jakieś konkretne ustalić wnioski. Bruno Lange z Berlina oświadczył wprost, że studjum tego zagadnienia należy oprzeć na zasadniczych doświadczeniach eksperymentalnych przeprowadzonych jeszcze przez R. Kocha, na byczkach, że właściwie niewiele w badaniach naszych w tej dziedzinie odbiegliśmy od owych przez Kocha zapoczątkowanych badań, mimo że były one następnie na wielką skalę powtarzane i kontynuowane zarówno przez Calmette'a i Guérina jak i później przez Römera i Hamburgera. Wszyscy zresztą referenci zauważyli zgodnie, że stosunek alergji do odporności, to zagadnienie niezwykle doniosłe i interesujące, lecz niemniej trudne do rozwiązania i definitywnego ustalenia.

W każdym atoli razie uczyniono pewien poważny krok naprzód ustalając zgodnie zapatrywania, również i w piśmiennictwie polskiem ostatnich czasów reprezentowane (Dr. Skibiński: „Gruźlica" Rocznik VI. Nr. 4). Mianowicie — jakkolwiek wyraźnie tego nie przytaczano to z przebiegu przeważnej części dyskusyj i referatów wynikało mniej więcej zgodne zapatrywanie, że chcąc w chaotyczność, sprzeczność i paradoksalność zagadnienia zjawisk odpornościowych wnieść pewne naświetlenie i stworzyć podstawę dla jednolitych zasadniczo rozpatrywań należy uważać zjawiska odpornościowe za nic innego, jak tylko za objawy czynności regeneracyjnej ustroju, za wiązanie przez antygeny prawidłowych składników zarodzi komórkowej, wykazujących dla tych antygenów grupy powinowactwa, — należy je oprzeć na prawie zjawisk koloidalnych, reakcyj immunologicznych jako podstawie stosunków ilościowych (a nie jakościowych) przeciwciał do antygenów. Te prawa koloidalne wyjaśniają bowiem w sposób prosty istotę odporności, przewrażliwości i alergji i to zarówno w odniesieniu do antygenów zjadliwych jak i niezjadliwych, rządzą wszystkiemi reakcjami odpornościowemi — dzięki nim wszystkie reakcje odpornościowe przebiegają według wspólnego mechanizmu.

Jest ono miarodajnem dla wszystkich schorzeń zakaźnych a zatem i dla gruźlicy, przyczem przypomnieć należy, że antygen gruźliczy jest mało jadowitym czyli mniej wartościowym, to jest posiadającym słabą zdolność wytwarzania przeciwciał. Z powodu tych małych zdolności immunologicznych ustroju, gruźlica podobnie jak np. malarja czy kiła zazwyczaj skończyć się nie może i trwa całe życie. Skoro zaś zdolności antygenowe np. prątka gruźliczego są małe, a równocześnie konstytucjonalna nieswoista obrona ustroju jest wielką, gruźlica występuje pod postacią tak zwanej pierwotnej latencji — drobnoustroje t. j. prątki gruźlicy utrzymują się w stanie żywym w ustroju ale nie wywolują żadnych objawów chorobowych — stąd to pochodzi, że jakkolwiek wszyscy ludzie są gruźlicą zakażeni, to jednakowoż stosunkowo mało z pośród nich zdradza objawy chorobowe.

Aby jednak na zasadzie prawa koloidalnego można dla choroby zakaźnej np. gruźlicy skonstruować pewne ustalone wnioski w dziedzinie zjawisk odpornościowych — muszą zasadnicze pojęcia tego prawa t. j. istota antygenu i istota przeciwciał być przedewszystkiem ustalone. Tymczasem wiemy, że w ciągu 50 lat, ubiegłych od czasu wykrycia prątka gruźliczego przez R. Kocha zasadnicze pojęcia co do istoty prątka Kocha uległy bardzo poważnym zmianom, zwłaszcza pod kątem widzenia morfologicznym — biologicznym — chemicznym. Wiele nowego światła rzuca przedewszystkiem nauka o cyklogenji bakteryj wykazująca stopniowy, okresowy rozwój różnorodnych zarazków, wśród nich i prątka gruźlicy. I tak w oddziale bakterjologicznym *„Deutsche Tuberkulose Forschungsanstalt“* w Hamburgu demonstrowano na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym, odbytym bezpośrednio po międzynarodowym Kongresie w Hadze dwie takie, rzekomo oddzielone od siebie postacie rozwojowe prątka, uzyskane drogą przeszczepu na różnorodne kombinacje pożywek, po żmudnej pracy, przy użyciu silnych soczewek i specjalnej techniki badań. W rozprawie Mucha *„Der Erreger“* wydanej przed kilkunastu laty, omawiającej bardzo szczegółowo pod każdym względem prątek Kocha poznajemy nową postać morfologicznie i biologicznie zupełnie różną od dotychczasowej kwasoopornej postaci nazwana od odkrywcy ziarnami Mucha. W roku 1930-ym na Zjeździe w Hamburgu tuż przed Kongresem w Oslo, prof. Much demonstrował bardzo interesujące pokazy przeszczepienia prątka Kocha i ziaren Mucha na pewne odmiany roślin, które nie spowodowały żadnych zmian gruźliczych, jakkolwiek rozwijały się dość znamiennie, co tłumaczono pewnemi właściwościami chlorofilu. Dzięki różnorodnym składom pożywkowym spotykamy się zarówno w laboratorjach jak i w dyskusji i w literaturze fachowej coraz częściej z pojęciami *„parabacillus“* i *„pseudobacillus tuberculosis“* jako odmiennemi postaciami. W roku 1932 bezpośrednio po Kongresie w Holandji demonstrował znowu w Hamburgu - Eppendorfie Dr. Maher przewodniczący komisji przeciwgruźliczej Stanu Connecticut na fotogramach i tablicach pokazy dowodzące pewnej symbiozy pomiędzy prątkiem gruźliczym a postaciami grzybkowatemi znanemi w botanice pod nazwą *monilia*. Dr. Maher dodawał do starannie zebranej plwociny zawierającej prątki gruźlicze równą ilość sterylizowanego mleka lakmusowego i zauważył po pierwszem czy też po dalszem dodaniu takiego mleka po kilku dniach, że prątki gruźlicze znikały, natomiast jądra komórek ropnych plwociny wykazały ożywioną akcję pączkowania, której rezultatem było pokrycie się pola widzenia postaciami grzybkowemi *„monilia“*. Dowiedziawszy się, że na pewnych obszarach Europy żyje ludność, która nigdy na gruźlicę nie zapada, mimo że prawie wyłącznie żywi się serem z krów, w których w znacznych procentach stwierdzono perlicę, zbadał ten ser mikroskopowo, następnie poddał tym samym zabiegom technicznym jak wyżej wspomnianą plwocinę gruźliczą z tym samym rezultatem, otrzymał bowiem *monilia*, które się niczem od powyżej wspomnianych nie różniły. Dr. Maher nie wysnuwa narazie żadnych konkretnych wniosków, podaje do wiadomości powyższe spostrzeżenia celem zachęcenia innych bakterjologów do identycznych badań, sam jest botanikiem i zarazem lekarzem — zjawiska tak zwanego *„Grenzgebiet“* żywo go zatem interesują. W każdym razie dowodzi na podstawie powyższych pokazów, że element roślinny jak jakiś drobnoustrój np. ziarenkowiec czy część składowa prątka gruźliczego czy też sam prątek gruźliczy zostaje przez komórkę zwierzęcą (ropną) pochłonięty, — komórki tejże nie niszczy, ani też przez nią nie zostaje zniszczonym lecz może się stać a często staje się powodem, że ta zwierzęca komórka stwarza komórki roślinne, mianowicie *monilia*.

Z tych powyżej pobieżnie naprowadzonych momentów widzimy, że istota prątka gruźliczego nie jest jeszcze definitywnie ustaloną. Jeżeli teraz chodzi o drugą stronę, to jest ciała odpornościowe *(Antikörper)*, zauważyć przedewszystkiem musimy, że ze wszystkich niemal przemówień na Kongresie wygłoszonych wynikało, iż nagół zgodnem jest dziś zapatrywanie, że ostatecznem źródłem przeciwciał są komórki ustrojowe, a raczej zarodź komórkowa, ściśle biorąc jej białka o niesłychanie misternej i skomplikowanej budowie chemicznej i z tego powodu na najdrobniejsze zmiany środowiska wrażliwe, posiadające niezwykle chwiejną równowagę będącą właśnie wyrazem objawów i zjawisk życia w przeciwieństwie do krystaloidów, które jako ciała proste zawsze niezmienne nie posiadają właściwości charakteryzujących życie i spełniają w zarodzi komórkowej zadanie podtrzymania izojonji i izotonji. Otóż okazało się w dyskusji na Zjeździe w Hamburgu - Eppendorfie, że zarówno w Europie jak i zwłaszcza w Ameryce cały szereg badaczy pracuje w laboratorjach naukowych nad analizą i nad syntezą owych ciał koloidalnych. Ostatnio obiegła nawet cały świat wiadomość, że amerykańskiemu biologowi Dr. Dougal, odznaczonemu już za eksperymentalne prace w tej dziedzinie nagrodą Nobla, udało się sztucznie złożyć żywą protoplazmę t. j. taką, która oddychała, gdyż wchłaniała tlen, a wydzielała CO_2. Niewątpliwie o ile istotnie spełnią się te badania, rzucą one wiele nowego właściwego światła na istotę zarodzi komórkowej i komórkę wogóle, a tem samem na zagadnienie przeciwciał. Narazie w literaturze odnośnej nie napotkałem jeszcze obszerniejszych sprawozdań z owych badań Dougal'a. Tak więc znowu z powyższego wynika, że istota także drugiego zasadniczego pojęcia t. j. przeciwciała *(Antikörper)* nie jest jeszcze zupełnie ustaloną, a tem samem wszelkie choćby najmisterniejsze koncepcje i konstrukcje myślowe z dziedziny zagadnień zjawisk odpornościowych nie są wyczerpujące — nie mogą być definitywnie ustalone.

Mojem zdaniem, które wypowiedziałem również w dyskusji na powyższy temat na kongresie, w tych wszystkich referatach, koreferatach i dyskusjach brakło jeszcze dla całokształtu nowoczesnych poglądów naukowych bardzo znamiennego i oryginalnego poglądu a mianowicie prof. Dr. Mucha, zmarłego tragicznie przed niedawnym czasem. Hans Much wygłosił w roku 1921 w Sztokholmie referat *„Ueber die unspezifische Immunität“* zaś w roku 1922 w Wiesbadenie *„Spezifische u. Unspezifische Reiztherapie“*. Nie zamierzam tu ani nawet w najogólniejszym zarysie powyższych znanych zresztą i łatwych do nabycia referatów streszczać, chcę tylko zaznaczyć ogólnie, że Much rozróżnia cztery rodzaje odporności a mianowicie: 1) nieswoistą odporność komórkową, 2) nieswoistą odporność humoralną, 3) swoistą odporność komórkową, 4) swoistą odporność humoralną, które pozostają ze sobą w ścisłym związku i wzajemnie się wspierają, przyczem pierwszeństwo oddaje jednak jako najważniejszej odporności nieswoistej komórkowej, co zgodnem jest zresztą z przeważną częścią zapatrywań wygłoszonych na Kongresie w Holandji, gdzie niewątpliwie zaznaczyła się myśl, jakkolwiek może ściśle niesprecyzowana, iż wedle ostatnich, najnowszych zapatrywań „u podstawy wszelkiej odporności tkwi odporność komórkowa“. W konkluzji Much dochodzi do pewnych tez, które poniżej w możliwie dosłownem tłumaczeniu przedstawiam: „Zwracanie wyłącznej uwagi na zarazek *(Erreger)* zubożyło nas. Bakterjobójcze leczenie surowicami jako też chemiczna *„sterilisatio magna“* sprowadziły nas na bezdroża. Musimy ściślej patrzeć na odpornościowe siły organizmu, których wzmożenie stanowi istotę leczenia. Ograniczone swoiste zjawiska odpornościowe nie mogą stanowić o całości istoty odporności, przebieg odporności zależy od wzmocnienia czy też osłabienia komórki organicznej, zjawiska w krwi są często tylko wskaźnikami czynności komórkowej“.

Z powyższego zestawienia tez zasadniczych widnieje niewątpliwie znamienny nawrót ku problemom odporności nieswoistej komórkowej — nasuwa się spostrzeżenie, że i naczelny komitet wykonawczy Międzynarodowego Kongresu przeciwgruźliczego nachylił się poniekąd w układaniu programu ku takiemu zwrotowi wysuwając jako temat drugiego dnia Kongresu „chryzoterapję“ t. j. leczenie złotem pozostające doniedawna poniekąd pośrodku między zagadnieniem leczenia swoistego i nieswoistego, skoro jak wiadomo do ostatnich czasów byli liczni a może i dziś jeszcze są klinicyści podtrzymujący energicznie twierdzenie o swoistem bakterjobójczem działaniu związków złota na prątek gruźliczy, stanowiącem t. zw. *„medicatio sterilisans magna“*. Dr. St. H o r n u n g przedstawił w streszczeniu przebieg referatów — koreferatów i dyskusji. ograniczam się zatem tylko do ogólnych spostrzeżeń, z których za najważniejsze uważam fakt, że właściwie żaden z referentów wyraźnie w przemówieniu swem nie podkreślał tezy specyficznego działania związków złotowych, nawet Möllgaard w swojem przeszło półgodzinnem przemówieniu w żadnym ustępie referatu nie mówił wyraźnie o swoistem działaniu preparatów złota. Leon B e r n a r d stwierdził, że tiosiarczan złota nie jest lekiem swoistym ani bakterjobójczym dla prątków, a ich zniknięcie zdaje się być przedewszystkiem wynikiem poprawy stanu ogólnego — chodzi tu prawdopodobnie o zmiany w równowadze koloidalnej.

Naogół ostateczne wnioski wysnute z całokształtu dyskusji streszczają się mniej więcej w poglądach naprowadzonych również w koreferacie prof. Renckiego wygłoszonym na Zjeździe przez Dr. Hornunga.

Uzyskawszy głos w dyskusji starałem się w krótkim 8—10 minutowem przemówieniu streścić poglądy na leczenie związkami złotowemi metodą resorpcyjno-inhalacyjną. Przebywając bowiem w ostatnich dwu latach kilkakrotnie w Hamburgu-Eppendorfie, niejednokrotnie przez czas dłuższy, kilka i kilkanaście tygodni dla celów badań eksperymentalnych w komorach pneumatycznych, obserwowałem równocześnie intensywne usiłowania leczenia powyższą metodą przy pomocy aparatów o bardzo skomplikowanej konstrukcji systemu prof. Dr. Spissa i prof. Dr. Drägera, które technicznie coraz to bardziej udoskonalane, umożliwiają istotnie wprowadzić wszystkie dające się rozpylić leki, do najdrobniejszych i najgłębszych rozgałęzień dróg oddechowych, a więc pęcherzyków, gdzie zostają przez błony śluzowe wchłonięte i do krwi wprowadzone. Związki złotowe tworzą połączenia obojętne, łatwo w wodzie rozpuszczalne — dadzą się przeto również z łatwością rozpylać, wziewać i wchłaniać. Chodziłoby tu przedewszystkiem o uniknięcie dość częstej martwicy przy stosowaniu podskórnem zwłaszcza sanokryzyny — a wiadomo, że stosowanie dożylne i śródmięśniowe wywołuje również liczne zaburzenia ogólne i miejscowe w organiźmie, uniemożliwiające w żadnym razie ambulatoryjne stosowanie związków złotowych. Olbrzymia zaś przestrzeń, jaką przedstawia idealnie w jednej płaszczyźnie pomyślana błona śluzowa, wyściełająca drogi oddechowe, umożliwia najsubtelniejsze dawkowanie z pominięciem zupełnem jakiejkolwiek miejscowej koncentracji, wywołującej znane, kliniczne zaburzenia przy stosowaniu związków złota.

Na podstawie ostatnich, szczegółowych badań i obserwacyj doszliśmy do przekonania, że dawkowanie wogóle odgrywa niesłychanie ważną i indywidualnie różną rolę, że aby sprostać biologicznym warunkom zjawisk bodźcowych musimy od możliwie minimalnych bodźców zaczynać, by przez zbyt silne bodźce nie wywołać wprost ujemnych działań i skutków.

Dzięki powyższej metodzie możliwem też staje się uniknięcie skutków znanego zjawiska powinowactwa pewnych organów do pewnych związków złotowych i nagromadzania się — jak np. sanokryzyny w nerkach z wywołaniem niepożądanych drażnień miejscowych.

Pomysłowa konstrukcja aparatów umożliwia także równoczesne stosowanie i innych środków leczniczych jak np. połączeń wapnia, przez co zbyteczne stają się znane dożylne wlewania, niejednokrotnie bardzo niepożądanemi zaburzeniami wikłane. Aparaty wspomniane umożliwiają ponadto także równoczesne stosowanie inhalacyj tlenowych, które od czasu podniesienia przez Holdana z Oksfordu t. zw. anoksynemji t. j. (brak tlenu we krwi) do poziomu ważnej jednostki chorobowej, znajdują uzasadnione zastosowanie. Niemniej nowoczesne poglady na gruźlicę jako wynik złej przemiany materji badane i eksperymentalnie stwierdzone w pracach Delore R., Monceau, Augusta Lumier'a i innych wyraźnie wskazują na t. zw. hipoksydację, stwierdzając, że u osobników gruźliczych swoistą cechą jest zmniejszenie procesów utleniajacych i zwolnienie przyswajania. Delore kładzie nacisk na widoczną zależność między postępem gruźlicy i niedomoga czynnościową płuca jako narządu utleniajacego tłuszcze, zaś Wiss dowodzi, że płuca skłonne do gruźlicy charakteryzują się słabą zdolnością utleniania.

Uważam, że zalecane swego czasu przez Dobrowolskiego i w Polskiej Gaz. Lek., wyczerpująco przedstawione leczenie gruźlicy płuc głębokiemi inhalacjami rozpylonej zawiesiny aurosanu w oleju parafinowym przy użyciu powyżej opisanych aparatów uzyskałoby niewątpliwie bezporównania korzystniejsze i skuteczniejsze warunki działania a tem samem czemraz więcej zwolenników tej metody leczenia.

Wkońcu dodać muszę, że dzięki najnowszym udoskonaleniom aparaty dają możność oddechania w rozrzedzonem powietrzu i tworza podstawę dla t. zw. metody pneumo-inhalacyjno-resorbcyjnej, udoskonalonej jeszcze o tyle, że dzięki wdechiwaniu w rozrzedzonej atmosferze dyfuzja tlenu w pęcherzykach płucnych staje się o wiele energiczniejszą i żywszą, przyczem występuja znane zjawiska pomnożenia czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, tych nosicieli tlenu *(Sauerstoffträger)*.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. Nr. 5—6. 1932. J. Jakóbkiewiczowa i F. Przesmycki: Enterokoki. — Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz: O wpływie dysgenetycznym moczu na pałeczkę durową. — M. Rosnowski i St. Marczewski: W sprawie metodyki określania stężenia jonów wodorowych (pH) we krwi zapomocą elektrody wodorowej, ze szczególnem uwzględnieniem elektrody strzykawkowej C. H. Lascha. — J. Szałkowicz: Stosunki ilościowe związków azotowych w wyciągach mięsnych, a świeżość mięsa. — H. Piotrowska: W sprawie charakterystyki własności ziarniaka jelitowego (enterokoka). — Z. Markuze: Badania nad zawartością witamin grupy B w pszenicy i życie, oczyszczonych metodą Steinmetza, oraz nad wartościa odżywczą pieczywa Steinmetza. — W. Iwanowski i C. Grabowska: Zmiany składników ziarna zbożowego przy przerobie metodą Steinmetza. — S. Sierakowski i E. Łęczycka: Zmiany przewodnictwa elektrycznego w hodowlach bakteryjnych. — St. Adamowiczowa, M. Kacprzak i T. Sporzyński: Synopsis chorób zakaźnych.

Przegląd Dentystyczny. Nr. 11. 1932. M. Zeńczak: Diatermja w zastosowaniu leczniczem schorzeń miazgi.

Przegląd Trachomatologji. Nr. 4. 1932. S. Ładyński: Jaglica w woj. łódzkiem. — L. Rostkowski: Dwuletnia akcja zwalczania jaglicy w woj. wileńskiem. — Pieczenkowa: Krótki zarys przebiegu zwalczania jaglicy w Chrzanowie.

Wiedza Lekarska. Nr. 1. 1933. E. Reicher: O rozpowszechnieniu i niezakaźnych przyczynach cierpień goścowych.

Therapia Nova. Nr. 1. 1933. G. Fedorowski: Zatrucie karbolem i jego leczenie. — S. Kłyko: Przyczynek do leczenia gruźlicy chirurgicznej Phosphacidem.

Położna. Nr. 1 i 2. 1933. S. Nowak: Rak. — Z. Maurer: Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego. — F. Cieszyński: Odżywianie sztuczne.

Wychowanie Fizyczne. Nr. 1 2. 1933. H. Olszewska: O warunkach wychowania dziatwy i młodzieży szkolnej w Polsce. — O. Dewosserówna: Badanie zmęczenia umysłowego, wywołanego ćwiczeniami cielesnemi. — W. Sikorski: Naukowe i praktyczne podstawy stopniowania ćwiczeń. — Z. Kwaśnicowa: Ogólne wytyczne przy opracowywaniu i nauczaniu polskich tańców ludowych. — A. Bournville: Fabryka w ogrodzie.

OCENY.

Homo normalis w ujęciu mikrofizycznem. Twierdzenia i postulaty w ścisłej filozofji medycyny oparte na współczesnej fizyce i teorji względności. Dr. JÓZEF S. MARZECKI. Warszawa, 1932. Str. 60.

Wiadomo powszechnie, że nauka o człowieku zdrowym czy chorym opiera się zawsze na nauce o przyrodzie: w starożytności na nauce o 4 żywiołach opierała się nauka o 4 sokach; na nauce o atomach opierała się nauka o ciasnym lub luźnym układzie atomów w ciele ludzkiem; w epoce nowożytnej na fizyce Galileusza opierala się szkoła jatrofizyków i jatromatematyków, a potem i cała fizjologja; dzisiaj fizjologja i cała medycyna opiera się dalej poczęści jeszcze na tej fizyce. której podstawą jest mechanika Galileusza i Newtona.

Obecnie, jak wiemy, fizycy pracują mozolnie nad zupełną przebudową podstaw swej nauki. Nie ulega wątpliwości, że nowe podstawy, gdy będą wykończone, będą musiały doprowadzić do rewizji niektórych założeń biologji, fizjologji i praktycznej medycyny. Ale ta chwila jeszcze nie nadeszła. Przedewszystkiem nie nadeszła dlatego, że rozpoczęta przez fizyków przebudowa podstaw fizyki prawie jeszcze nie wyszła z okresu przygotowawczego, z okresu walenia starych murów, krytyki starych pojęć i co za tem idzie, nieuchronnego sceptycyzmu. Wchodzimy dzisiaj w okres prób zakładania nowych fundamentów. Ale czy można już na nich coś budować? Posłuchajmy, co o tem mówi taki Eddington, jeden z tych, którzy biorą najczynniejszy udział w tworzeniu nowej nauki o przyrodzie.

W dziele „Natura świata fizycznego" autor ten, rozpatrzywszy kolejno bankructwo klasycznej fizyki, teorję względności, czas, grawitację, teorję kwantów, miejsce człowieka we wszechświecie i t. d., zadaje sobie pytanie, czy dzisiaj, wobec tylu nasuwających się trudności, można w sposób, wolny od naukowych zarzutów, zrobić bodaj najmniejszy krok naukowy czy praktyczny. Czy mogę np. w sposób naukowy przejść przez próg i wejść do sali?

Przypuśćmy, że chcę to zrobić. Robię krok i staję na progu. Zastanawiając się jednak nad tem, co znaczy stanąć na progu, dochodzę do przekonania, że to jest sprawa skomplikowana: najprzód muszę przezwyciężyć ciśnienie atmosferyczne, nader wysokie, które ciąży na mojem ciele; dalej, powstaje wątpliwość, czy dobrze stawiam nogę na desce, która krąży przecież z olbrzymią szybkością naokoło słońca; wystarczy się pośpieszyć lub spóźnić o ułamek sekundy, a deska będzie oddalona od nogi o kilkadziesiąt kilometrów; deska zresztą nie ma żadnej zwartości substancjal-

nej, lecz jest tylko rojem elektronów, będących w ciągłym ruchu, jak muchy, a przytem ja stawiam nogę zawieszony na okrągłej planecie nogami do jej środka, a głową w przestrzeni; przez moje ciało przechodzi podmuch eteru, który przenika wszystkie pory mego ciała z szybkością już nie wiem ilu kilometrów na sekundę. Czy w tych warunkach uda mi się postawić nogę na progu, czy noga się z nią nie minie? Ale to wszystko to jeszcze nic. Muszę przecież zbadać całe zagadnienie ze stanowiska 4 wymiarów, obliczyć intersekcję mojej linji-świat z linją-próg i określić, w jakim kierunku zwiększa się entropja świata, żeby być pewnym, że moje przejście przez próg jest wejściem do sali, a nie wyjściem... Słowem, konkluduje Eddington, łatwiej wielbłąd przejdzie przez uszko igły, niż człowiek nauki — w obecnym jej stanie — przejdzie w sposób naukowy przez próg. Oto do jakich paradoksów prowadzi ścisły rozbiór ścisłych podstaw współczesnej fizyki!

A teraz dr. Marzecki, autor wymienionej na wstępie pracy, autor również innej podobnej pracy, jaka się ukazała niedawno w P. Gaz. Lek. (1932. Nr. 33/4) p. t.: „Wpływ współczesnej fizyki i teorji względności na filozofję medycyny", poza tem nieznany jeszcze w literaturze, „lekarz-filozof" i „fizyk", jak sam siebie przedstawia (str. 42), usiłuje na prawach nowej fizyki dedukcyjnie oprzeć i skonstruować nowe prawa o człowieku zdrowym i chorym. Autor jest pod urokiem, ba nawet pod czarem Einsteina, Rutherforda, Bohra, Plancka, których pisma studjuje, i za przykładem wielkich fizyków podaje szereg nowych praw o człowieku.

Twierdzenie I. autora brzmi: „Ustrój człowieka jest zakończony, lecz nie jest ograniczony". Twierdz. II. brzmi: „Ustrój człowieka jest skondensowaną energją". Tw. III.: „Energja, składająca się na całość ustroju człowieka, posiada postać tak korpuskularną, jak i falową". Tw. IV.: „Energja, składająca się na ustrój człowieka, podlega sumie praw, regulujących przemianę energetyczną w kosmosie". Tw. V.: „Stopień przejścia stanu *„homo normalis"* w ustroju do stanu *„homo pathologicus"* jest proporcjonalny do stopnia ograniczenia ustroju względem kosmosu". Tw. VIII.: „Ciągłość i natężenie procesów energetycznych w ustroju przebiegają według matematycznej stałej — kwantami" i t. d.

Brzmienie też autora, jak i samo brzmienie tytułu pracy, podane wyżej, jest tego rodzaju, że ktoś, nie przeczytawszy całości, mógłby powiedzieć krótko: „Brednie! Szkoda czasu!" A jednak po uważnem przeczytaniu całej pracy, trzeba przyznać, że autor ma duże zdolności, dużo przeczytał i dużo przemyślał. Przy takich zdolnościach można w nauce coś zrobić. Dlatego nie mogę pracy autora zbyć jednym wyrazem.

Mam wrażenie, że autorowi podczas jego studjów brak było kierownictwa. W całej pracy nigdzie nie jest powiedziane, gdzie ona była robiona. Ktoś powinien był autorowi zwrócić uwagę, że to nie jest temat do pracy. Najprzód dlatego to nie jest temat do pracy, że wprzód fizycy sami muszą założyć pod fizykę nowe fundamenty, zanim z nowej nauki można będzie coś rozumnego wysnuć dla nauk biologicznych. Narazie biologja najlepiej robi, gdy swoje prawa ustala na drodze eksperymentalnej i indukcyjnej. Spekulacje dedukcyjne, których nie można sprawdzić eksperymentalnie, są zwodnicze, a nawet wielce niebezpieczne. Wielu przykładów ostrzegawczych dostarcza historja nauki. Filozofja przyrody Schellinga, geneza homeopatji, mesmeryzmu i wiele innych olśniewających w pierwszej chwili, a w gruncie rzeczy błędnych przebłysków myśli ludzkiej — oto odstraszające dowody tego, jak łatwo biologja, a za nią i medycyna może wejść na manowce, jeżeli się opiera na spekulacji i na dedukcji, zamiast na ścisłym eksperymencie i na indukcji.

Co do samego *meritum* wywodów autora, to nie mógłbym twierdzić, że autor opanował skomplikowane zagadnienia, jakie omawia. Autor ogromnie sobie upraszcza problematykę, zaznaczając np. (str. 13, 48), że „zagadnień dotyczących czynności psychicznych" wcale nie porusza. To bardzo wygodne założenie, tylko że żywego człowieka nie można tak dowolnie dzielić, bo przecież nie można twierdzić *a priori*, że czynnik psychiczny a czynnik życia to nie może być jedno i to samo.

Autor też wcale sobie nie uświadomił jednego z najgłębszych i najbardziej filozoficznych zagadnień współczesnej fizyki, mianowicie sprawy determinizmu. Autor tyle mówi o kwantach, a nie wyczuł całego naukowego niepokoju, jaki stąd wypływa, boć przecież wielu fizyków dzisiaj mówi bez ogródek, że determinizm w nauce o przyrodzie bezpowrotnie runął. A więc gdzie jest możliwa ta wielka ścisłość, jaką autor wciąż wysuwa, jeżeli nie można wszystkiego przewidzieć?

Znajomości filozofji autor nie wykazuje. Wyraz „pozytywistyczny" (str. 11, 47) jest niewątpliwie przez autora nadużywany. Czy filozofja Bergsona opiera się na teorji Newtona (str. 13)? Mam co do tego duże wątpliwości.

Słowem, ta „ścisła filozofja medycyny", termin używany przez autora ze szczególnem upodobaniem, jest więcej bombastyczną próbą zastosowania pierwocin nowej fizyki do nauki o człowieku, niż czemś prawdziwie ścisłem i naukowem. Medycyna powinna tego rodzaju prób unikać, jak ognia. W konsekwencjach swoich, gdyby równie „ściśle" bez eksperymentu spekulować dalej, tego rodzaju próby mogłyby przy łóżku chorego doprowadzić do zgoła niedorzecznych i niepożądanych wyników.

Wł. Szumowski (Kraków).

Patologja ogólna i anatomja patologiczna. (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie). Tom I. Patologja ogólna. Prof. A. DIETRICH. Wydanie II. Lipsk. S. Hirzel 1933. Stron 284 ze 151 rycinami. Cena 16.50 marek niemieckich, w oprawie 18 marek.

Rozrost medycyny pociągnął za sobą coraz większe obciążenie studjów lekarskich. Stąd student ma coraz mniej czasu na czytanie obszerniejszych podręczników i chętniej chwyta za książki treściwe i niewielkie. Z niemieckich podręczników patologji ogólnej i anatomji patologicznej mają też większe powodzenie jednotomowe dziełka Schmausa w opracowaniu Herxheimera i Ribberta w opracowaniu Sternberga, niż dwutomowy podręcznik opracowany zbiorowemi siłami pod redakcją Aschoffa. Ale oba te dziełka jednotomowe powstały przed wielu już laty i chociaż w nowszych wydaniach uzupełniano je i dostosowywano do współczesnego stanu nauki, to jednak w całem ujęciu nie mogły się one uwolnić od cech przeszłości, nadanych im przez pierwotnych ich autorów. Nic dziwnego, że dziełko Dietricha, całe oryginalnie już napisane, a wydane po raz pierwszy dopiero przed 5 laty, znalazło chętnych czytelników, spodziewających się w niem zupełnie nowoczesnego traktowania przedmiotu. Pod wielu względami tak jest istotnie. Już to samo, że ogólną etjologję rozpatruje Dietrich ze stanowiska bezwzględnego kondycjonalizmu, że podkreśla, iż w każdej chorobie, nawet tak zwanej miejscowej, wchodzą w grę i muszą być uwzględniane zjawiska, zachodzące w innych narządach, w całym ustroju, charakteryzuje dostatecznie ogólny ton podręcznika Dietricha. Również bardzo charakterystyczne jest odstąpienie w pewnym punkcie od szablonu większości podręczników niemieckich, uwzględniających jako tak zwane sprawy „postępowe" prawie wyłącznie sprawy rozrostowe (odradzanie się, przerost i t. d. oraz nowotwory). W rozdziale bowiem, zatytułowanym: „Wzmożone czynności życiowe" *(Die gesteigerten Lebensvorgänge)* pomieszcza Dietrich sprawy resorpcyjne wszelkiego rodzaju, obszernie zajmując się fagocytozą i rolą układu siateczkowo-śródbłonkowego, i inne tu należące zjawiska, oprócz tego oczywiście odradzanie się, metaplazję i t. p. Jednakże pod innym względem nie wyłamał się Dietrich z szablonu, przyjętego w Niemczech, w tym stopniu, aby podręcznik jego był patologją ogólną w wyłącznem znaczeniu tego wyrazu. Mianowicie wszystkie niemieckie podręczniki, noszące ten tytuł, grzeszyły przewagą anatomo-patologicznego stanowiska; wprawdzie stopniowo w nowszych wydaniach tych podręczników wada ta malała i maleje coraz bardziej i podręcznik Dietricha jest wielkim w tym względzie postępem, niemniej jednak nie odbiegł zasadniczo od swoich poprzedników, tak samo, jak i w ogólnym układzie i podziale przedmiotu jeszcze się do nich zbliża.

W polskiej literaturze mamy bardzo dobry podręcznik tego typu, W. Nowickiego, właściwej zresztą zatytułowany „Ogólną anatomją patologiczną". Niestety teraźniejsze warunki wydawnicze nie dozwalają spodziewać się rychło drugiego wydania tej książki; a dziś, przy szybkiem gromadzeniu nowych faktów naukowych i pojawianiu się nowych poglądów, częstsza zmiana wydań podręczników jest ogólnym postulatem studentów i lekarzy.

Jako jedna z książek, stosujących się do tej aktualnej potrzeby, zasługuje podręcznik Dietricha na polecenie.

Mnogie ryciny barwne wedle rysunków z mikroskopu są bardzo efektowne, (nieco mniej zadowalniają ryciny czarne wedle mikrofotografij). Ale i wśród barwnych rycin, wogóle trochę schematyzowanych, co jest niewątpliwie korzystne, napotyka sie niektóre wymagające poprawek, np. 38, mogąca dać mylne wyobrażenie o budowie mięśnia sercowego, 41, w której zbyt ciemne jądra zacierają niewyraźny i tak obraz, 44, z niepotrzebnem i zbyt regularnem czarnem kropkowaniem w komórkach z hemosyderyną, 106, bez zaznaczenia pałeczkowatych końców grudki promienicznej (zdarzających się zazwyczaj), 122, z nadmiarem barwika w komórkach i t. d. Rycin z okazów makroskopowych jest bardzo mało, i słusznie, bo najlepsze nawet rysunki czy fotografje nie zastąpią okazów naturalnych. Cena książki, w porównaniu z niezmierną drożyzną teraźniejszych wydawnictw niemieckich, jest stosunkowo niezbyt duża.

Autor zapowiada wydanie drugiego tomu, obejmującego anatomję patologiczną szczegółową.

Ciechanowski (Kraków).

Podciśnienie tętnicze w schorzeniach przewlekłych. G. GIRAUD. Paryż. 1931. Masson et Cie. 1. tom. str. 259. Cena 40 fr.

Omawiane dzieło jest oparte na referacie, który autor wygłosił na XX. kongresie francuskiej medycyny w Montpellier w roku 1929, i który uzupełnił i znacznie rozszerzył, stwarzając obszerną monografję, obejmującą całość przedmiotu zawartego w tytule.

Po przedstawieniu czynników, decydujących o poziomie ciśnienia krwi prawidłowego, G. omawia przedewszystkiem warunki powstania obniżenia ciśnienia krwi i stanu chorobowego, w którym podciśnienie stanowi jeden z ważnych, a trwałych objawów nieprawidłowych. Zwraca przytem uwagę, że podciśnienie może dotyczyć równocześnie ciśnienia maksymalnego i minimalnego lub tylko ciśnienia maksymalnego, bądźto jedynie minimalnego, co ma różne znaczenie kliniczne. Najobszerniej zajmuje się autor warunkami powstania i objawami klinicznemi podciśnienia w rozmaitych typach schorzeń przewlekłych. Z tych względów bardzo szczegółowo omawia objawy podciśnienia w schorzeniach serca, naczyń, gruczołów wkrewnych, w chorobach krwi, układu nerwowego i w chorobach umysłowych, narządu oddechowego i moczowego, narządów jamy brzusznej, a wreszcie w schorzeniach zakaźnych, w przewlekłych zatruciach, nowotworach i w zaburzeniach przemiany materji. Bardzo skrupulatnie zebrał on całą masę szczegółów, dotyczących omawianego przedmiotu tak, że praca jego stanowi dzieło, bez którego nie będzie się mógł nikt obejść, kto zechce się zająć sprawą podciśnienia krwi i znaczeniem jego w przewlekłych schorzeniach.

Pod koniec monografji podaje autor ogólne wskazówki rozpoznawcze i prognostyczne dotyczące podciśnienia, jak i dokładne wskazania lecznicze skierowane ku zwalczaniu tego tak ważnego nieraz dla kliniki objawu, jakim jest podciśnienie krwi.

M. Franke (Lwów).

O radjodiagnostyce i radjoterapji raka pierwotnego płuc. ZAWADOWSKI WITOLD. Warszawa. 1932. Str. 63.

Monografja Zawadowskiego obejmuje dwie części. W pierwszej omawia radjodiagnostykę, w drugiej radjoterapję raka pierwotnego płuc. Radjodiagnostyka raka pierwotnego płuc należy do jednego z najtrudniejszych działów rentgenodiagnostyki. Wychodząc z podziału anatomicznego makroskopowego Kaufmanna i uwzględniając podział przyjęty przez Huguenina, dalej biorąc pod uwagę sposób szerzenia się nowotworu, powstawania przerzutów oraz zmiany wsteczne wyróżnia Zawadowski X postaci radjologicznych pierwotnego raka płuc. Nie wszystkie postacie, a raczej obrazy radjologiczne odpowiadają pewnym formom anatomicznym, często są one obrazem rozmaitych okresów rozwoju. Rozpoznanie może się częściowo tylko oprzeć na badaniu radjologicznem, częściej szukać musi elementów pewności w całokształcie objawów klinicznych. Mimo to jednak radjodiagnostyka wniosła bardzo wiele dla kliniki nowotworów płucnych, a rozpoznanie przyżyciowe raka płuc jest dzięki niej częstsze, aniżeli w erze przedrentgenowskiej. W szpitalu Ujazdowskim, którego radjologiem jest Zawadowski, rozpoznano za życia raka płuc w 70%. Napromieniowaniom próbnym, polecanym przez Lenka i Boraka, nie przypisuje tej wartości i miarodajności, co wspomniani autorowie.

W rozdziele II-im omówiona jest na przeszło 20 stronach sprawa leczenia raka płuc promieniami Roentgena. Od czasu prac Patersona i Huguenina zapatrujemy się mniej pesymistycznie na wyniki radjoterapji. Zawadowski leczył naświetlaniami 8 przypadków raka płuc. Wybitna poprawa i odzyskanie zdolności do pracy nastąpiło w 2 przypadkach, w 4 przypadkach działało na objawy przedmiotowe, jak ból, kaszel, duszność i t. d. Szczegółowo omówione są wskazania i przeciwwskazania do radjoterapji oraz zależność promienioczułości od budowy histologicznej. Technika, którą zaleca Zawadowski jest technika naświetlań promieniami twardemi przez grube filtry i z dużej odległości w dawkach rozdzielonych (Coutard). *W. Grabowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologja i serologja.

Szczepienia przeciwgruźlicze B.C.G. w Warszawie. MARJA PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA. Gruźlica. R. VII. z. 1.

W okresie lat od 1924 do 1931 zaszczepiono ogółem 6958 dzieci, z czego 50 do 80% pozostawało potem w stałej obserwacji. Wyniki uzyskane stwierdzają zupełną nieszkodliwość szczepień, potwierdzoną brakiem jakichkolwiek zmian klinicznych, oraz różnic w rozwoju między dziećmi szczepionemi a nieszczepionemi, brakiem zmian swoistych w obrazie anatomo-patologicznym u dzieci zmarłych w międzyczasie z różnych przyczyn, wreszcie zmniejszoną umieralnością ogólną wśród dzieci szczepionych w porównaniu do dzieci nieszczepionych.

Odnośnie do skuteczności szczepień, to okres 6 lat jest zbyt krótki dla wyciągnięcia jakichś bezwzględnych wniosków, niemniej jednak stwierdza się, że w tych przypadkach, w których u dzieci szczepionych były zachowane środki ochronne przed zakażeniem w pierwszych trzech tygodniach, dzieci jedynie wyjątkowo zachorowywały i umierały na gruźlicę, podczas gdy u dzieci, u których okres trzech-tygodniowej izolacji nie był przestrzegany, schorzenia i śmiertelność są znacznie częstsze.

W wyniku badań stwierdzić należy, że szczepienia przeciwgruźlicze BCG winny być stosowane, przyczem musi być bezwzględnie przestrzegany okres kilkutygodniowej izolacji w pierwszych tygodniach po szczepieniu. *Dr. A. Donhaiser* (Kraków).

Bezpośrednie stwierdzenie prątków gruźliczych w osadzie krwi zhemolizowanej. B. BUSSON. Med. Klin. Nr. 22. 1932.

Autor wyszedł z założenia, że skoro ze krwi gruźlików udaje się wyhodować prątki gruźlicy, przeto w tych samych przypadkach powinno się w osadzie barwionym z centryfugatu krwi zhemolizowanej wykazać mikroskopowo prątki Kocha. Pobraną krew hemolizuje bądź wodą destylowaną lub 0,5% roztworem saponin. Po odwirowaniu osad przemywa solą fizjologiczną, poczem zadaje go rozcieńczonym kw. siarkowym i w preparacie barwionym znajduje dość obfite prątki kwasooporne. W osadzie takim znajdują się cienie ciałek czerwonych, ziarnistości krwinek białych zniszczonych kw. siarkowym. Całe postępowanie trwa około 2 godzin. W przypadkach, w których mikroskopowo znajdował prątki kwasooporne, w hodowlach stale wykazywał prątki Kocha.

Godlowski (Kraków).

Badania nad florą bakteryjną wrzodów żoł.-jelitowych i raka żołądka. Prof. APPELMAUS i P. VASSILIADIS. Rev. Belge d. Scien. Méd. Louvain, Paris. 1932. Nr. 3.

W jednej trzeciej przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy, a zwłaszcza wrzodu dwunastnicy, rany są jałowe lub przynajmniej nie dają dodatnich wyników hodowli. Jeśli chodzi o drobnoustroje wyodrębnione z wrzodów żołądka i dwunastnicy znajdowali autorzy najczęściej, pomijając drożdże, gronkowce (16 krotnie na 40 przypadków), następnie paciorkowce (12 x na 40) a wkońcu enterokoki (5 x na 40), a w 3 przypadkach znaleźli te dwa ostatnie rodzaje drobnoustrojów razem .W przypadkach raka żołądka zawsze znachodzili drobnoustroje. Tylko bardzo rzadko napotyka się na czyste hodowle; zwyczajnie drobnoustroje występują w rozmaitych gatunkach równocześnie. Największa ilość drobnoustrojów towarzyszy rakowi żołądka, a najmniej napotyka się drobnoustrojów we wrzodzie dwunastnicy. Płyn otrzewnowy w przypadku przebitego wrzodu zawierał splotowca *(Plocamobact. acidophilum* Moro) a w stosunku 5-krotnie mniejszym enterokoki.

Ungar (Lwów).

Dalsze badania nad etjologją anginy z odczynem monocytarnym. F. SCHMEREL. Med. Klin. Nr. 28. 1932.

Badania bakterjologiczne 15 przypadków anginy z monocytarnym odczynem pozwalają przypuszczać, że schorzenie to jako jednostka etjologiczna nie jest odrębną. W 70% przypadków udało się stwierdzić w posiewach bakterjologicznych bakterje typowe dla anginy Plaut-Vincenta, a mianowicie połączenie krętków z wrzecionowcami *(Fusobacterium).* *Godlowski* (Kraków).

Działanie i oznaczenie wartości toksoidu formolowego błoniczego. R. OTTO, G. BLUMENTHAL. Med. Klin. Nr. 28. 1932.

Wstrzyknięcie jednorazowe toksoidu formolowego (anatoksyny) w dawce zwierzęcej nie wywołuje powstania dostatecznej ilości antytoksyn, natomiast powtórzenie trzykrotne daje wynik. Wstępne traktowanie świnki morskiej zabitemi maczugowcami błoniczemi i następne wstrzyknięcie jednorazowe żywych bakteryj błoniczych w dawce poniżej śmiertelnej, nie wywołuje silniejszego wytwarzania antytoksyn. Wartość immunizacyjną antytoksyny można mierzyć na zwierzętach uodpornionych.

Godlowski (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Gruźlicza bakterjurja. LIEBERTHAL, VON HUTH. Surg., Gyn. a. Obst. IV. 1932.

Wnioski autorów są następujące: 1) Fizjologiczne wydalanie drobnoustrojów przez nerki nie istnieje. 2) Niektóre bakterje mogą przechodzić przez miąższ nerkowy i ukazywać się w kanalikach po ciężkiem uszkodzeniu nerki, powodując ciężkie zmiany choro-

bowe. 3) Prątki Kocha nie przechodzą przez nerki. Jeśli się czasem znachodzą w kanalikach, to dzieje się to wskutek bezpośredniego rozprzestrzeniania się sprawy chorobowej przez torebkę Bowmana lub ściany kanalików. Nawet czynnik urazowy, zapalny i zwyrodnieniowy nie czynią tkanki przepuszczalnej dla prątków. 4) Proces gruźliczy w tkance nerkowej, jeśli niema połączenia ze światłem miedniczki, również rzadko daje bakterjurję. 5) Nerki wykazują specjalną skłonność do zakażeń prątkami drogą krwionośną, w przypadkach miejscowych zaburzeń w krążeniu lub w przypadkach istniejącego zatoru, złożonego z większej ilości prątków. 6) Gruzlicze zapalenie nerek nie istnieje. *Janik* (Iwonicz).

Z kazuistyki rozpoznawania gruźlicy płuc. H. RASOLT i ST. WĄSOWICZ. Gruźlica, r. VII. z. 1.

Autorzy przedstawiaja szczególową historję choroby przypadku przez nich obserwowanego. Badanie fizykalne pozwalało w nim rozpoznawać z zupełną prawie pewnością, toczącą się gruźlicę płuc. Kilkakrotne jednak badanie plwociny na obecność prątków Kocha z wynikiem ujemnym, ujemny również wynik badania na śwince morskiej, pozwoliło jednak uniknąć błędu rozpoznawczego, co dalsza obserwacja przypadku potwierdziła. Na tej podstawie autorzy podkreślają ważność badania plwociny na obecność prątków Kocha we wszystkich przypadkach nawet tam, gdzie objawy fizykalne pozwalają z całą pewnością przypuszczać toczącą się sprawę gruźliczą w płucach.

Dr. A. Donhaiser (Kraków).

O samoistnem leczeniu się jam płucnych. ALFRED KAMSLER. Gruźlica, r. VII. z. 2.

Według danych statystycznych zebranych w piśmiennictwie a przytoczonych i omówionych w I. części pracy, wyniki samoistnego leczenia się jam gruźliczych wahają się w granicach od 7—46%. Zależą one przedewszystkiem od wieku pacjenta, stanu chorobowego, przyczem najłatwiej mają się rzekomo leczyć jamy powstałe w II okresie wg. Rankego, dalej od umiejscowienia jamy i czasu leczenia. Większość jednak autorów przychyla się do chirurgicznego leczenia jam.

Wyniki badań własnych wykazują, że najkorzystniejsze samoistne leczenie się jam następuje przy długotrwałem leczeniu klimatyczno-wypoczynkowem; wiek chorego natomiast, jak również umiejscowienie jamy nie odgrywają większej roli. Dużą rolę odgrywa wczesne rozpoznanie jamy, natomiast nie daje się zauważyć jakakolwiek zależność leczenia się jam od poszczególnych okresów choroby wg. podziału Rankego.

Dr. A. Donhaiser (Kraków).

Stosowanie antygenu metylowego w przychodni przeciwgruźliczej. L. SAYÉ i T. SEIX. Pres. Méd. Nr. 41. 1932.

Autorowie podają, że antygen metylowy (wyrabiany przez Instytut Pasteura w postaci stężonej i rozcieńczonej) daje dobre wyniki lecznicze w procesach gruźliczych łagodnie i powoli przebiegających, mimo to, że stosowano to leczenie ambulatoryjnie oraz u dzieci przebywających w niekorzystnych warunkach higjenicznych. *Skowroński* (Lwów).

Studjum kliniczno-radjologiczne przypadku pylicy płuc (silicosis). T. CASTELLANO. El Dia Medico. Nr. 1. 1932.

Pacjent 45-letni, pracował 18 lat w kopalniach srebra, ołowiu, wanadu i t. d., w plwocinie nie znaleziono prątków Kocha, lecz obfitą ilość krzemu. Wolny krzem (SiO_2) jest szczególnie niebezpiecznym z powodu małych wymiarów cząsteczek. Radjologicznie płuca przypominały obraz prosówkowatej gruźlicy. Pacjent zmarł wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego.

Mester (Kraków).

Pierwotny rak płuca. ALLEN A. SMITH. Surg., Gyn. and Obst., sierpień 1932.

Po omówieniu patologji, histogenezy i kliniki tego schorzenia, autor podaje przypadek własny, w którym nowotwór jest umiejscowiony w dolnym płacie prawego płuca. Dzięki temu usadowieniu udało się nowotwór dwuczasowo radykalnie usunąć. Po 14 miesiącach chory czuje się dobrze, bez żadnych objawów klinicznych.

Michałowski (Lwów).

Czynniki lecznicze śródziemnomorskiej kala-azar. M. D. OELSNITZ. Pres. Méd. Nr. 42. 1932.

Autor omawia środki lecznicze stosowane w tej chorobie. Specyficzną rolę posiadają połączenia antymonu, z których najważniejsze są emetyk potasowy i sodowy, organiczne połączenia (*stibenyl* i *neostibosan* oraz *urea-stibamine*). Podaje sposoby stosowania, dawkowanie, wyniki lecznicze, sposób prowadzenia leczenia, przypadłości w czasie leczenia i przeciwwskazania do stosowania soli antymonowych. *Skowroński* (Lwów).

Przewrażliwość na jad pszczół. M. PERRIN i A. CUÉNOT. Pres. Méd. Nr. 52. 1932.

Autorowie omawiają objawy ogólne występujące u osób przewrażliwych po ukąszeniu mniejszej lub większej ilości pszczół, a nawet jednej pszczoły, i podkreślają na podstawie obserwacyj i doświadczeń na ludziach oraz zwierzętach doświadczalnych (królikach), że zespół tych objawów jest prawie identyczny z objawami znanemi przy anafilaksji, t. z. stwierdza się zapaść, duszność, zawroty głowy, szybkie tętno, zaczerwienienie twarzy i oczu, czasem drgawki, prawie z reguły wymioty, oddawanie kału, bóle głowy, a na skórze pokrzywkę. We krwi występują zmiany jak przy wstrząsie anafilaktycznym, t. j. leukopenja, spadek ciśnienia krwi, zmiany w krzepliwości krwi. Śmierć występująca czasem po ukąszeniu jednej pszczoły jest wywołana tym wstrząsem i nie potrzeba tego tłumaczyć tem, że jad dostał sie wprost do żyły. Jad pszczoły prócz substancyj działających miejscowo działa ogólnie przez białko trujące i dlatego przy leczeniu przewrażliwości mają zastosowanie te wiadomości, które poznano przy innych ciałach uczulających. W sprawie leczenia ukąszenia pszczoły u osób przewrażliwych należy nie dopuścić do szybkiej resorbcji jadu przez podwiązanie powyżej miejsca ukąszenia, stosowanie pijawek i t. p., a w celu usunięcia objawów ogólnych należy stosować wieloważną surowicę przeciwko ukąszeniom żmij, która posiada własności lecznicze także w stosunku do jadu pszczół. W razie braku takiej surowicy można wstrzykiwać krew (20 cm^3) pszczelarza najlepiej bliskiego krewnego ukąszonego, ponieważ pszczelarz przez stałą styczność z pszczołami zdołał się już uodpornić przeciwko jadowi pszczół. *Skowroński* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Przyczynek do metodyki badań małżeństw niepłodnych. GEBHARD L. MOENCH. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 1—2.

Autor zwraca uwagę na konieczność badania mężów w przypadkach konsultacji małżeństw niepłodnych. Zdaniem autora przyczyna niepłodności znacznie częściej, niż to się ogólnie przyjmuje, leży po stronie mężczyzny. W ocenianiu płodności męskiej nie wystarcza proste stwierdzenie obecności ruchomych plemników w nasieniu. Na podstawie swoich rozległych badań, obejmujących kilkaset przyp., autor dochodzi do wniosku, że ilość plemników o nieprawidłowych główkach nie powinna przekraczać 20%, a współczynnik zmienności winien być nie wyższy niż 11.5. Tylko w ten sposób, badając dokładnie zdolność rozrodczą mężczyzny, udaje się częściej wykryć przyczynę niepłodności po stronie mężów i tem samem uniknąć bezcelowych i nieobojętnych zabiegów na narządzie rodnym kobiety. *Dr. Lenczowski* (Lwów).

Obrażenia macicy i ich leczenie. FRANZ SEISER. (Magdeburg-Sudenburg). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Autor zwraca uwagę na wzrastającą po wojnie liczbę przypadków obrażeń macicy, uwarunkowanych bądźto gorszem wykształceniem młodego pokolenia lekarskiego, bądź też powiększeniem się ilości przypadków kryminalnych.

Statystyka autora obejmuje 32 przypadków leczonych operacyjnie i to 9 przyp. pęknięcia macicy w czasie porodu, 21 przyp. przebicia macicy w czasie wykonywania skrobanki z powodu ciąży i 2 przyp. przebicia podczas skrobanki ginekologicznej.

Autor jest zwolennikiem postępowania czynnego, otwiera jamę brzuszną i nie waha się nawet u młodych kobiet usunąć macicę lub wykonać zabieg doszczętny. (10 ilustracyj).

Zb. Rychlowski (Lwów).

Stosowanie tamponady z gliceryną ichtjolową w przypadkach poronień nie dających się powstrzymać. W. ODENTHAL. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1. 1932.

Autor zakłada w przypadkach poronień będących w toku a przebiegających z podwyższoną ciepłotą do macicy i pochwy gazę przepojoną 10% rozczynem ichtjolu w glicerynie, a następnie podaje środki skurczowe. Na 61 w ten sposób leczonych przypadków osiągnął autor u 57 chorych ustanie krwawienia i spadek ciepłoty tak, że można było bez obawy przystąpić do opróżnienia jamy macicy. Leczenie tym sposobem ma dużo podobieństwa ze zakładaniem pałeczek węgla według Benthina, jest jednak bezporównania mniej brutalnym zabiegiem.

Zb. Rychlowski (Lwów).

W sprawie zabiegów operacyjnych po naświetlaniu jajników. HEINZ KRUKENBERG. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Statystyka autora obejmuje 230 przypadków i to 61 włókniaków i 169 miesiączek krwotokowych o podłożu dobrotliwem. We wszystkich tych przypadkach zastosowano kastrację promieniami

Roentgena. Kliniczne wyleczenie osiągnięto w 98.26%. W 4 przypadkach musiano z powodu krwawienia następowo operować. W pierwszym przypadku — były to mnogie włókniaki — wykonano w 5-ciu miesiącach po naświetlaniu nadpochwowe odcięcie macicy. Okazało się, że jeden z włókniaków osadzony był podśluzowo. Zachodził więc błąd rozpoznawczy i stąd nie należy niepowodzenia kłaść na karb naświetlania — choć z drugiej strony przyznaje autor możliwość urodzenia się jednego z śródściennych włókniaków do jamy macicy pod wpływem naświetlania. W drugim przypadku miano do czynienia z przedłużającemi się miesiączkami. Po próbnem wyskrobaniu macicy leczono promieniami. W 5 miesięcy wystąpił znów silny krwotok. Lekarz domowy stwierdził polip, usunął go i krwawienie ustało.

Trzeci przypadek dotyczył również włókniaków macicy. W 7 lat po naświetlaniu wystąpiło ponowne krwawienie. Stwierdzono raka ciała macicy i wykonano zabieg doszczętny. Badanie drobnowidowe wykazało mięsaka naczyniastego *(angiosarcoma)*. W tych trzech przypadkach nie można niepowodzenia kłaść na karb metody leczenia. Zawiodła ona jednak w 4 przypadku. Dotyczył on 48 letniej wieloródki z przedłużającemi się miesiączkami. Ostatnie 2 miesiące krwawiła stale. W 2 miesiące po naświetlaniu zjawiła się chora ponownie i podaje, że znów od 3 tygodni krwawi. Wykonano nadpochwowe odcięcie macicy wraz z przydatkami po stronie lewej. Preparat operacyjny nie wyjaśnił przyczyny niepowodzenia leczenia promieniami.

Odsetek niepowodzeń po naświetlaniu według autora (1.7%) należy uważać za bardzo niski. *Zb. Rychlowski* (Lwów).

Doświadczenia w sprawie zakładania balonu do macicy i uzupełniania wód płodowych. E. COESTER. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Zachęcony wynikami Wielocha i własnemi w Królewcu, stosował autor również w klinice w Bonn w wybranych przypadkach przedwczesnego odejścia wód płodowych metreuryzę przy pomocy specjalnie zbudowanego balonu, umożliwiającego ponadto uzupełnienie wód płodowych. Warunki do wykonania tego zabiegu są następujące: 1) ujście musi być rozwarte co najmniej na 2 palce, jednak nie więcej jak na małą dłoń, 2) ścieśnienie miednicy nie może przekraczać I. stopnia, 3) płód musi być żywy, 4) najdrobniejsza oznaka zakażenia wnętrza macicy, grożące pęknięcie macicy lub łożysko przodujące wykluczają zabieg.

Wskazania są następujące: 1) zamartwica płodu, bądź skutkiem obkurczenia się macicy, bądź też skutkiem wypadnięcia pępowiny, 2) słabe bóle, 3) wyczerpanie rodzącej, 4) rzadkie przypadki obrotów profilaktycznych.

Nie wolno metreuryzy uważać jako metody wyboru w przypadku przedwczesnego odejścia wód. Należy jednak ten zabieg stosować tam, gdzie będzie się on wydawał najdelikatniejszym dla rodzącej. Technika jest prosta. Po założeniu balonu i napełnieniu go 500 cm³ płynu wprowadza się przez rurkę mającą ujście w dnie balonu w czasie 10—15 minut 350—450 cm³ fizjologicznego rozczynu soli kuchennej do jamy macicy. W prawie wszystkich przypadkach występują potem energiczne bóle.

Z materjału kliniki w Bonn wynika że: 1) III okres porodowy i połóg mijały bez powikłań, 2)pęknięć macicy nie stwierdzono, 3) na 8 ciężkich patologicznych przypadków zdołano w 5-u urodzić dzieci żywe zabiegiem bardzo łagodnym.

Zb. Rychlowski (Lwów).

Badania krzywej tętna matki w przypadkach prawidłowo i nieprawidłowo przebiegającej ciąży. HEINER JÖRG. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

U około 100 ciężarnych badał autor zapomocą sfygmografu Jaqueta krzywą tętna tętnicy promieniowej, mierząc równocześnie aparatem Riva-Rocciego ciśnienie w tętnicy ramieniowej tej samej ręki. Okazało się, że znikanie fali dykrotycznej na krzywej tętna zależne jest od ciśnienia śródtętniczego i występuje w przypadkach prawidłowych przy 85 mm Hg. W przypadkach gorączkujących znika fala dykrotyczna już przy 60 mm Hg. W czasie drgawek porodowych i w stanach przeddrgawkowych stwierdzono brak fali dykrotycznej odpowiednio do wzmożonego ciśnienia dopiero przy 100—130 mm Hg. Tętno znikało w tych przypadkach przy 130—170 mm Hg. Dla sprawdzenia badano kilka przypadków o wzmożonem ciśnieniu poza ciążą i stwierdzono jednakie zachowanie się fali dykrotycznej. *Zb. Rychlowski* (Lwów).

Znieczulenie rdzeniowe nurperkainą w położnictwie. S. A. COSGROVE. (Jersey City, N. J.). Amer. J. of. Obst. a. Gyn. V. XXII. Nr. 5.

Preparat ten wyrobu fabryki „Ciba" znany w Europie pod nazwą perkainy stosował autor porównawczo równocześnie z nowokainą i przekonał się, że działanie nurperkainy jest o wiele gorsze aniżeli nowokainy. Nietylko bowiem objawy symptomatyczne, jak nudności i wymioty były częstsze, ale również dotyczy to i poważniejszych powikłań. Jedyną zaletą preparatu jest dłuższe znieczulenie niż po użyciu innych środków. Nie równoważy to jednak licznych stron ujemnych i dlatego preparat ten, zdaniem autora, nie nadaje się do użytku w położnictwie.

Wiślański (Lwów).

Zakrzepy, zapalenie żył, zatory. BANCROFT, STANLEY. Surg., Gyn. a. Obst. LIV/6. 1932.

Pacjentom, wykazującym po zabiegu operacyjnym nieregularną zwyżkę ciepłoty, bez objawów zajęcia żył obwodowych, lecz wykazującym wysoki współczynnik krzepliwości podawano dożylnie $Na_2S_2O_3$; dla równoczesnej kontroli obserwowano przypadki bez tego. W grupie kontrolnej rozwinęło się zapalenie żył w dwóch przypadkach, w leczonej w żadnym.

U chorych z zapaleniem żył, z nieznaczną zwyżką ciepłoty, ale ze skłonnością do obrzęku kończyn, wcześnie zastosowane leczenie wspomnianym roztworem, prowadziło szybko do poprawy.

U chorych, u których czynnik zakaźny wybijał się na plan pierwszy, dożylne podawanie wspomnianego roztworu było mało skuteczne, natomiast wybitnie korzystne działanie uwydatniało się po dożylnem podaniu ½% roztworu fioletu goryczki.

Nieknępujący opatrunek brzucha, wczesne pooperacyjne karmienie i uwodnienie ustroju, — zapobiegają niebezpieczeństwu powstania zakrzepu żylnego. Nieprawidłowości krwi mogą być usunięte zapomocą diety ubogiej w tłuszcze i białko a bogatej w jarzyny i węglowodany oraz zapomocą dożylnego stosowania środków leczniczych, głównie $Na_2S_2O_3$. *Janik* (Iwonicz).

Znieczulenie lędźwiowe. BOWER, KLARK, WAGONERT, BURNS. Surg., Gyn. a. Obst. LIV/6. 1932.

Na podstawie doświadczeń poczynionych na psach autorowie stwierdzają, że nagła śmierć po znieczuleniu lędźwiowem może być następstwem zaburzeń sercowych, sercowo-oddechowych lub oddechowych, skutkiem przedostania się środka znieczulającego wyżej czwartego kręgu piersiowego.

Spadek ciśnienia tętniczego jest pochodzenia sercowego. Porażenie nerwów międzyżebrowych i przepony prowadzi do wstecznego zastoju krwi żylnej w prawej komorze.

Jeśli płyn znieczulajacy wstępuje powoli, spadek ciśnienia krwionośnego rozwija się stopniowo w ciągu 15—20 min. Jeśli nastąpi szybko, zostają objęte nietylko nerwy oddechowe ale i naczynio-ruchowe, prowadząc do gwałtownego spadku ciśnienia tętniczego i następowej asfiksji. Adrenalina nie zapobiega temu powikłaniu.

Wynik tych doświadczeń daje się praktycznie zastosować następująco: 1) celem uniknięcia nagłego zejścia śmiertelnego w następstwie znieczulenia lędźwiowego należy dobierać przypadki, a ewentualne wysokie zadziałanie środka znieczulającego wcześnie rozpoznać; w tym celu radzą autorowie używać po znieczuleniu respirometru; 2) znieczulenie sięgające wyżej 6-tego żebra może doprowadzić do zaburzeń oddechowych i sercowych; 3) jedyny środek zapobiegający katastrofie w tych przypadkach to — jak dotychczas — sztuczne oddychanie. *Janik* (Iwonicz).

Znieczulenie ogólne przez stosowanie per rectum mieszaniny eteru i oliwy. A. CHALIER. Pres. Méd. Nr. 55. 1932.

Autor poleca bardzo metodę znieczulania eterem przez lewatywę. Opisuje technikę tej metody, która polega na tem, że na godzinę przed operacją w łóżku daje się kroplówkę z mieszaniny zawierającej około 100 cm³ eteru, 80 cm³ oliwy, 20 cm³ oleju kamforowego i 10 kropel nalewki makowcowej. Przygotowanie chorego polega na podaniu poprzedniego dnia lewatywy czyszczącej. Chory zasypia bardzo spokojnie, tylko w nielicznych przypadkach zdarza się silniejsze podniecenie; przebieg znieczulenia jest dobry, tylko w rzadkich przypadkach trzeba podać eter przez inhalację; niekompletne znieczulenie i złe wyniki spotyka się w 4—6%. Przebieg pooperacyjny jest spokojny, niema różnych przypadłości, które cechują narkozę inhalacyjną. Następnie autor omawia wady tej metody, w szczególności podaje, że stosunkowo duża śmiertelność (2 na 1000) znacznie się zmniejszyła przy stosowaniu nowej techniki. Zalety tej metody polegają dla chorego na tem, że jest to narkoza psychicznie delikatna, podobnie jak narkoza awertynowa, przyczem od tej ostatniej różni się ona skutecznością, nie potrzeba tu bowiem pogłębiać narkozy jak przy awertynie. Dla operatora ważnem jest, że chory jest już znieczulony przed operacją i że nie przeszkadza mu ani narkotyzer ani aparaty do znieczulania. Dlatego ta metoda jest polecenia godna specjalnie przy cięższych zabiegach operacyjnych w zakresie czaszki, twarzy, szyi i klatki piersiowej. *Skowroński* (Lwów).

Przypadek połączenia złamanej kości udowej centralnym trzpieniem. A. LAMBOTTE. Paris Chirurgical. 1932. Nr. 1.

Źle zrośniętą kość udową u dziecka 10 miesięcznego składał A. operacyjnie. Nie mogąc użyć żadnej normalnej blaszki ani śrubki, gdyż wszystkie były zbyt wielkie, włożył do kanału szpikowego zwykły żelazny gwóźdź bez główki długości 5 cm. Kontrola po 18 latach wykazała obie kości udowe bez różnicy, gwóźdź widoczny w całości jednak stosunkowo znacznie wyżej, co A. tłumaczy większem narastaniem kości od nasady dolnej. Kanał szpikowy prawidłowy. *K. Czyżewski* (Lwów).

Zastrzyki wapnia i krzemianu koloidalnego przy braku zrostu kości. M. ARNAUD. Paris Chirurgical. 1932. Nr. 2.

W przypadkach, gdy kostnina po złamaniach nie narasta i nie twardnieje, A. radzi 10—20 zastrzyków do miejsca złamania następującego preparatu (nazwa *Ossicol.*): Wapnia 0,0012, krzemianu potasu 0,02 na 2 cm^3 wody; pH roztworu powinno wynosić 7. Po zastrzyku następuje lekki odczyn zapalny przez kilka godzin. Powtarzać należy zastrzyki codziennie, w razie silniejszego odczynu co drugi dzień. *K. Czyżewski* (Lwów).

Leczenie gruźlicy jelita grubego. RANKIN, MAJOR. Surg. Gyn. a. Obst. LV. 1932.

Resekcja doszczętna guza gruźliczego jelita grubego jest zabiegiem wyboru. Zasadniczo zabieg jednoczasowy jest bardziej pomyślny. Autorowie zebrali 65 przypadków; wyniki końcowe mają lepsze po resekcji niż po zespoleniu jelitowem . *Janik* (Iwonicz).

Leczenie porażeń przy gruźlicy kręgosłupa przez nakłucie ropnia po kostotranswersektomji. R. MASSART. Paris Chirurgical. 1932. Nr. 4.

A. z zasady przeprowadza nakłucie po odsłonięciu ściany ropnia przez wycięcie części tylnej żebra i wyrostka poprzecznego kręgu. Miejsce zabiegu określa ściśle na podstawie zdjęcia rentgenowskiego i wybiera żebro odpowiadające największej średnicy poprzecznej ropnia. Nakłucie przez otwór międzyżebrowy uważa za zbyteczne, gdyż ropień w kanale kręgowym jest zawsze połączony z ropniem zewnętrznym, nakłuwanie zaś na ślepo bez odsłonięcia ściany ropnia uważa za niepewne. *K. Czyżewski* (Lwów).

Technika przy przenoszeniu żywotnych przeszczepów nerwowych. E. DUROUX. Paris Chirurgical. 1932. Nr. 1.

Dla uzyskania łatwego przyjęcia się przeszczepu autor pobiera go wraz z otaczającą tkanką, a więc niejako w futerale możliwie obszernym. Podobny futerał stwarza dokoła uszkodzonego pnia, który ma być uzupełniony. Końców przyciętych skośnie nie zszywa, by uniknąć choćby małego uszkodzenia, lecz związuje jedną cienką nitką strunową przeprowadzoną nazewnątrz opisanych futerałów z tkanki otaczającej. *K. Czyżewski* (Lwów).

Leczenie eklamptyzmu zapomocą estru choliny. EBENHARD SCHULZE. Zblt. f. Gyn. Jg. 56, Nr. 43.

Autor czynił doświadczenia nad podawaniem nowego preparatu firmy Merck-Darmstadt pod nazwą *„Lentin"* w przypadkach eklamptyzmu i przekonał się o skuteczności jego działania, polegającej głównie na obniżeniu ciśnienia krwi, wskutek utraty wody drogą wzmożonego wydzielania potu, śliny, soków trawiennych, wogóle na pobudzeniu układu parasympatycznego. Dla przykładu przytacza dwa przypadki ze swego materjału, w których jak i we wielu innych tym podobnych, dzięki lentinie można było potraktować eklampsję zachowawczo. *Dr. M. Dubicki* (Lwów).

Choroba Heine-Medina jako powikłanie ciążowe. L. S. MAC GOUGAN. (Omaha, Nebr). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Autor omawia 3 przypadki tego cierpienia jako powikłanie ciążowe i dochodzi do przekonania, że cierpienie to zasadniczo nie wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży. Dlatego też przerwanie ciąży usprawiedliwione jest jedynie w przypadkach powikłanych przez zapalenie pęcherza moczowego lub porażenie przepony. *Wiślański* (Lwów).

Rzadka nieprawidłowość potylicy u noworodka i uwagi o jej znaczeniu klinicznem. OHLSEN. Archiv. f. Gyn. T. 146. z. 3.

Obdukcja czaszki noworodka nieżywo urodzonego siłami natury wykazała, że potylica składała się z 4 kości, które połączone były między sobą szwami tkanko-łącznowemi i w zakresie tychże przesuwalne. Jest to więc rzadki obraz dużej kości międzyciemieniowej, która dwoma symetrycznemi, podłużnemi szwami przedzielona została na 3 części t. j. środkową, prawie że kwadratową i dwie boczne, kształtu jednakowego.

Nieprawidłowość ta powstaje wskutek anormalnego procesu kostnienia a jej znaczenie kliniczne polega na tem, że znaczna ilość szwów nieregularnie przebiegających może utrudniać rozpoznanie położenia płodu, a sama nieprawidłowa budowa kości może być przyczyną krwotoku wewnątrzczaszkowego. Niepewny wynik badania wewnętrznego każe myśleć o tej nieprawidłowej budowie potylicy a w takim razie baczyć należy, by główkę rodzić ostrożnie i w sposób delikatny. *K. B.* (Lwów).

Jamistość rdzenia jako powikłanie ciąży i porodu. J. C. YASKIR, J. ANDRUSSIER. (Philadelphia, Pa). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXIV. 1. 1932.

Autor opisuje rzadki przypadek choroby organicznej rdzenia jako powikłanie ciąży i porodu, dotyczący 37-letniej wieloródki. Z powodu niewstawiania się główki, pomimo prawidłowej miednicy, wykonano przy ujściu całkowicie rozwartem obrót na nóżkę i wydobyto płód żywy 8 funtów ważący. Po 12-u dniach kobieta ta opuściła szpital z poprawą stanu zdrowia. Poprawa ta stawała się w następnych miesiącach coraz znaczniejsza. *Wiślański* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarsk'e.

Posiedzenie z dnia 30 listopada 1932 roku.
Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z posiedzenia poprzedniego Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego odczytano i przyjęto.

1) Prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone zmarłemu długoletniemu członkowi Krak. Tow. Lek. Dr. Romanowi Stroce. Pamięć zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

2) Kol. Grünhut referuje 3 przypadki *graviditas obsoleta*, przyczem omawia wyniki próby Zondeka.

W dyskusji zabrał głos Doc. Szymanowicz.

3) Kol. E. Rosenhauch wygłosił odczyt p. t. *„Oko a narząd krążenia w świetle nowszych badań.*

Prelegent przedstawia w kilku słowach zmiany na dnie oka w przypadkach ogólnej miażdżycy, związek tych zmian ze zmianami naczyń mózgowych, wspomina o znaczeniu wybroczyn podspojówkowych i siatkówkowych. W dalszym ciągu przedstawia obecny stan badań nad t. zw. *retinitis hypertonica.* Streszczając badania Pala nad hipertonją (pierwotną i toksyczną) wspomina o analogji ze zmianami naczyń siatkówki (Quist), opisuje badania Gunna (objaw skrzyżowania) i Bailliarta (dynamometr). Badania te wykazały, jak ścisły jest związek oka ze zmianami w narządzie krążenia i przedstawiają szerokie pole do współpracy okulisty z internistą.

W dyskusji wzięli udział Dr. Lorien jako gość, Doc. Szymanowicz oraz kol. Rosenhauch w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 7. grudnia 1932 r.
Przewodniczący: Prof. Fr. Walter.

1) Wybrano komisję matkę, złożoną z 30 członków Towarzystwa z Prof. Wachholzem jako przewodniczącym, celem zaproponowania składu nowego zarządu

2) Kol. Lejman przedstawił 2 przypadki twardziny skóry *(sclerodermia)* u kobiet.

W dyskusji wzięli udział koledzy: Hirsch, Reiner i Rubinstein.

3) Kol. Reiner stwierdza, iż na klinice prof. Latkowskiego miał sposobność obserwować szereg przypadków ciężkiej sklerodermji, gdzie po proteinoterapji w postaci zastrzyków mleka odnosiło się wrażenie zatrzymania się procesu chorobowego a też uzyskiwano poprawę w przykurczeniach kończyn. Ponieważ proteinoterapja jako przestrajająca ustrój działa na układ wegetatywny i gruczoły o wewn. wydzielaniu, uważa ją mówca za lepszą od środków działających wybiórczo na te układy.

4) Kol. Schwarz referuje przypadek *appendicitis suppurativa in gravida.*

W dyskusji wzięli udział: Kol. Schenker, Kol. Blasberg, Kol. Doc. Szymanowicz.

3) Kol. Doc. Szymanowicz wygłosił odczyt p. t. *„Stanowisko ginekologa w postępowaniu leczniczem w przypadkach mięśniaków macicy".*

W dyskusji wzięli udział koledzy: Wachtel, Gottlieb, Grünhut, Frommer, Wojciechowski, prof. Zubrzycki i kol. doc. Szymanowicz w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 14. grudnia 1932 r.
Przewodniczący: Kol. Wiceprezes płk. A. Maciąg.

Kol. A. Sikorska wygłosiła odczyt p. t. *„Przyczynki do symptomatologji i leczenia encephalitis lethargica"*.

W dyskusji wzięli udział: Kol. Zieliński i Kol. A. Sikorska (w odpowiedzi).

H. Reiss, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXXII. Posiedzenia naukowego z dnia 16 grudnia 1932 roku.
Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Ziembicki, czł. Twa, przedstawił: a) *2 przypadki jednostronnej gruźlicy płuc rozpad., leczone odmą.* Powikłanie wystąpieniem płynu surowiczego, który w jednym przypadku ustąpił samoistnie, w drugim zropiał a dopiero po przepłokiwaniu riwanolem ustąpił. Obie chore po $1^1/_2$ wzgl. $2^1/_2$ roku leczenia czują się obecnie zupełnie dobrze, nie kaszlą, nie gorączkują, przybyły na wadze, mimo ciężkiej pracy. Przyp. zasługują na przedstawienie z powodu doskonałego wyniku leczenia szpitalnego w niekorzystnych warunkach.

b) *2 przyp. przemieszczenia serca:* jeden do tylnej ściany klatki piersiowej, drugi w lewą okolicę podobojczykową;

c) przyp. *wady zastawki dwudzielnej, niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej z rozstrzenią tętnicy płucnej.*

Prelegent omawia podstawy rozpoznania klinicznego:

d) *przyp. tętniącego guza po prawej stronie mostka* i omawia rozpoznanie różniczkowe między tętniakiem, bąblowcem, ropniem zimnym, otorbionym wysiękiem osierdz. *(pericardit. sacc. Kienböck).* Odczyn Wassermanna ujemny. Rentgenolog.: kątowate zagięcia nazewnątrz łuku wypuklenia mogłyby przemawiać za otorbionym wysiękiem osierdzia. Dalsze badania w toku.

W dyskusji: Kol. Bühn, czł. Twa, zapytuje ad a), jak wypadło badanie bakterjologiczne płynu z opłucnej w jednym z przedstawionych przypadków, gdyż według doświadczenia przychodni przeciwgruźliczej w lw. Kasie chorych ropotoki zakażone leczą się dobrze przepłokiwaniem roztworem riwanolu, jałowe przez założenie oleotoraksu. Zwraca uwagę, że w diagnozie — wobec: krwioplucia, przytłumienia jednostronnego, rzężeń, świstów — trzeba uwzględnić wady zastawki dwudzielnej.

Kol. Ostrowski Tad., czł. Twa, ad d) przychyla się do koncepcji tętniaka tętnicy głównej, a nie wysięku otorbionego, ponieważ sprawa chorobowa trwa długo, brak ogólnych objawów zapalenia, wysiek nie dawałby ubytku w kościach, tętniak też może mieć w otoczeniu zrosty, zlepy, które na rentgenogramach przedstawiają się z formie kątowatych zagięć. Punkcja cienką igłą nie przedstawia niebezpieczeństwa.

Kol. Dąbrowski, czł. Twa, ad a) jakie były końcowe ciśnienia przy stosowaniu odmy, gdyż obecnie końcowe ciśnienia są ujemne, lub zerowe, a nie dodatnie, jak poprzednio.

W odpowiedzi: Kol. Ziembicki: płyn opłucnej przyp. a) był jałowy. Prelegent jest zwolennikiem wykonania punkcji w przyp. d) ze względów diagnostycznych, a przedewszystkiem leczniczych, gdyż w razie obecności płynu surowiczego możnaby chorą uleczyć. W przedstawionych przypadkach odmy ciśnienie końcowe było ujemne. Jeszcze raz prelegent podkreśla, że nie pokazuje przypadków odmy, jako odmę, lecz jako odmę szpitalną, z doskonałym efektem, mimo ciężkiej pracy chorej.

3) Kol. Schneck (gość) przedstawił rentgenogramy i omówił przypadek *kamicy oskrzelowej.* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji: kol. Bühn, czł. Twa: czy w przedstawionym przyp. niema rozsianych torbielowatych rozstrzeni oskrzelowych, w których zalegająca treść ulega zwapnieniu, a następnie wykrztuszeniu jako kamyk.

Kol. Meisels E., czł. Twa: obserwował przedstawiony przypadek w r. 1913. Obraz rentgenowski płuc wtedy przedstawiał się mniej więcej jak dzisiaj. Prelegent przypuszczał wtedy *pneumoconiosis,* jednak brak było tła dla tej sprawy, ze względu na zwyżki temperatury przypuszczali lekarze ordynujący tło gruźlicze. Kamieni w plwocinie wtedy nie było. Dzisiaj wytłumaczenie sprawy chorobowej też nie jest łatwe. Nie wszystkie cienie na kliszy są kamieniami, część z nich to ogniska pozaoskrzelowe. Wreszcie rozważa, czy sprawa jest ogólna w związku z hiperkalcemją, czy raczej miejscowa.

W odpowiedzi: Kol. Schneck: przeciw rozstrzeniom oskrzelowym przemawia brak włókien elastycznych, przy dwukrotnem badaniu plwociny. Opisane dotychczas przelotne przypadki są na tle gruźliczem. W przedstawionym przypadku dolegliwości występują tylko w czasie obluźniania kamieni.

4) Kol. Bühn, czł. Twa, wygłosił wykład: *Krzemica płuc ze stanowiska kliniki chorób zawodowych* (wydrukowane w „Wiadomościach Lek." Nr. 11. br.).

W dyskusji: kol. Węgrzynowski, czł. Twa: często pylica mąkowa występuje razem z gruźlicą, często bez gruźlicy ale jest rozpoznawana jako gruźlica, jaki jest związek pylicy mąkowej z gruźlicą na podstawie literatury?

Kol. W. zwraca uwagę na rzadkość występowania gruźlicy w okolicach Chorzowa, mimo dużych ilości pyłu wapiennego i węglowego. Szlifierze diamentów zapadają często na gruźlicę, jak ta sprawa przedstawia się w literaturze?

Kol. Danielski Z., czł. Twa: na podstawie dawnych zestawień kasy chorych najczęściej występowała gruźlica wśród: drukarzy, kamieniarzy, potem szlifierzy. Zwraca uwagę na szkodliwy wpływ wdechania pyłu szczególnie granitowego na gruźlicę, przytacza opinje różnych autorów ze zjazdów przeciwgruźliczych.

Kol. Stauber, czł. Twa, na początku sezonu zimowego dużo kuśnierzy zapada na chorobę pylicową, której prognoza — po zaprzestaniu pracy kuśnierskiej — jest dobra.

Kol. Wernicki, czł. Twa: pylica młynarzy jest postacią mieszaną: z powodu wdechania mąki i krzemu (przy siekaniu kamieni); w okolicy sanatorjum wojskowego w Zakopanem jest pył wapienny, nie granitowy; wymienione przez przedmówcę schorzenie należy do schorzeń anafilaktycznych a nie pylicowych.

Kol. Danielski Z.: na podstawie badań przeprowadzonych na miejscu przez specjalną komisję okazało się, że jednak chodzi o pyły granitowe a nie wapienne.

W odpowiedzi: kol. Bühn: w pylicy młynarzy grają rolę krzemki, u drukarzy uszkodzenie płuc przez wdychane pary ołowiu, wdechanie granitowych pyłków jest szkodliwe nie wskutek uszkodzeń mechanicznych lecz chemicznych przez kwas krzemowy, o szlifierzach diamentów brak bliższych danych w literaturze.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Edmund Brzeziński.

(ur. w r. 1854 w Szamrajówce — zmarł w 1932 r. w Zakopanem).

(Wspomnienie pośmiertne).

Doktór Edmund Brzeziński urodził się w roku 1854 we wsi Szamrajówce w Kijowszczyźnie.

Gimnazjum ukończył w Białej Cerkwi. Po zdaniu matury w roku 1872 zapisał się na wydział prawny w Odessie. Po kilku miesiącach jednak wyjechał do Petersburga i starał dostać się do Akademji Medyczno-chirurgicznej. Gdy Mu się to nie powiodło zapisał się do Instytutu Technologicznego, marząc jednak ciągle o medycynie. Studja na wydziale technologicznym przerywał pracą zarobkową przy budowie kolei. Wskutek zamieszek studenckich musiał z Petersburga powrócić do domu, gdzie pozostawał pod nadzorem policji. Następnie wyjechał do Kijowa, aby się wystarać o paszport zagraniczny i tam, nie tracąc czasu, słuchał wykładów. W roku 1876 wyjechał przez Lwów, Kraków do Wiednia, gdzie został przyjęty na Wydział lekarski. Zaczął pracować bardzo usilnie, biorąc równocześnie udział w życiu polityczno-społecznem kolonji polskiej. Zaplątany w sprawę polityczną i zaaresztowany, z Wiednia przewieziony w kajdanach do Lwowa, przebył tu w więzieniu tyfus brzuszny. Uwolniony po kilku miesiącach, powrócił do Wiednia i tam w roku 1879 zdał pierwsze rygorozum. Niedługo potem aresztowano go po raz drugi i przewieziono do Krakowa. Proces polityczny przed Sądem przysięgłych skończył się dla niego uwolnieniem, ale niestety i wydaleniem z granic Austrji.

Wyjechał do Szwajcarji i w Bernie w roku 1883 uzyskał dyplom lekarski. Po uzyskaniu dyplomu udał się do Francji do Nancy, gdzie miał zamiar nostryfikować dyplom szwajcarski. Będąc ciągle w złych stosunkach finansowych, zrezygnował z tego, a natomiast postanowił jechać do Bułgarji, która, świeżo osiągnąwszy niepodległość ogłosiła zapotrzebowanie na lekarzy słowiańskich. Tam przebywał od roku 1884 do roku 1902, pełniąc różne czynności lekarskie, zdobywając sobie przywiązanie ludności i uznanie władz, którego dowodem było nadanie Mu obywatelstwa bułgarskiego.

Gdziekolwiek jednak ś. p. Brzeziński tułał się po świecie, nie porzucał myśli o powrocie do ojczyzny i pracy dla swoich.

I dlatego też, skoro tylko nadarzyła Mu się sposobność, porzucił Bułgarję i przyjechał do Krakowa w 1902 roku celem nostryfikacji dyplomu. Niestety, tutaj nie otrzymał obywatelstwa, a tylko pozwolenie na pobyt, które mogło być w każdej chwili odwołane. Od tej chwili pracuje już tylko w Polsce i dla Polski. W roku 1902 pomaga dr. Dłuskiemu w organizacji świeżo otworzonego w Zakopanem sanatorjum, w 1903 po otrzymaniu nostryfikacji przenosi się na stałe do Zakopanego. Początkowo prowadzi sanatorjum doktora Hawranka. Od roku 1904 do 1914 jest prezesem i lekarzem kierującym Towarzystwa Domu Zdrowia nauczycielstwa szkół powszechnych, później dyrektorem Bratniej Pomocy, prezesem Rady Nadzorczej tegoż Towarzystwa, następnie delegatem Wydziału krajowego do komisji klimatycznej. Podczas wojny bierze żywy udział w organizacjach strzeleckich i w N. K. N. na terenie Zakopanego, tworzy sanatorjum dla legjonistów, a wspólnie z żoną swoją ochronkę dla ich dzieci.

Przez długie lata jest członkiem Sekcji zakopiańskiej Lekarzy Galicji, następnie prezesem tejże Sekcji, a w roku 1928, z chwilą utworzenia się Towarzystwa Lekarskiego w Zakopanem, zostaje wybrany członkiem honorowym tegoż Towarzystwa.

Cechowała Go zawsze niezmierna bezinteresowność, bezpłatnie spełniał wszystkie funkcje społeczne i lekarskie, zarówno w Bratniej Pomocy, jak w Towarzystwie Nauczycieli szkół powszechnych i instytucjach legjonowych.

Śmierć zastała Go przy pracy.

Swoje wspomnienia z życia (wydane drukiem) kończy następującemi słowami: „Od r. 1902 mieszkam i pracuję na ziemi polskiej i wśród Polaków. Do 1918 r. pełni praw obywatelskich nie posiadałem: pozwolono mi niejako wejść na podwórze, ale nie pozwolono mi wejść pod dach. Po ostatecznem rozpadnięciu się C. K. Austrji prawo to posiadłem. Radością, szczęściem i wdzięcznością wzbiera mi serce, kiedy myślę z jaka dobrotliwością macierzyńską przyjęła mnie Polska za syna. Od lat dziecinnych nauczono mnie ją miłować i być jej wiernym, zachowałem jej tę miłość i wierność długie lat dziesiątki i zachowam je do końca. A wszystkim tym, którzy dla niej walczyli, którzy ją kochali, wiernie jej służyli, pracowali dla niej, ponosili ofiary, cierpieli, umierali z tęsknoty, przelewali krew i ginęli, wiekuista cześć".

Cześć ś. p. Dr. Edmundowi Brzezińskiemu.

Dr. K. Dadej (Zakopane).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

W Białej, wojew. Krak., obchodził dnia 18 b. m. Dr. Maciej Kwieciński, nestor tamtejszych lekarzy, 80-lecie swych urodzin. Solenizant, któremu wręczono rok temu honorowy dyplom U. J. z okazji 50-lecia doktoryzacji, położył szczególne zasługi na polu organizacyj społecznych i zdrowia publicznego.

Zmarli.

Dr. Emil Weksler, b. Prezes Lw. Tow. Lek. we Lwowie.

Dr. Juljan Trzaskowski, zasłużony lekarz i społecznik w Jarosławiu.

Dr. Jerzy Hołodyński, lekarz-okulista Kasy Chorych we Lwowie.

Dr. Henryk Powazka, b. prymarjusz Szpitala Powszechnego w Białej, zmarł w Krakowie.

Dr. Samuel Taub w Wadowicach.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

V. posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 24. II. 1933. 1) Kol. Grabowski, człon. Twa: Pokaz rentgenogramów nowotworów płuc. 2) Kol. Więckowski, gość: Statystyka schorzeń raka za rok 1931 na obszarze całej Rzpltej. (wykład).

Dnia 24. II. 1933 r. odbyło się w Poznaniu wspólne posiedzenie Wydz. Lek. T. P. N. i Tow. Wiedzy Wojskowej, Sekcja Lekarska, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Ppłk.-lek. dr. T. Bętkowski: Nowe drogi w leczeniu ropień tkanki łącznej.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego łącznie z Warsz. Tow. Farmaceutycznem odbyło się dn. 28. II. 1933. Prof. U. J. Gatty-Kostyal M.: Współpraca medycyny z farmacją. Tokarski St.: Leczenie promienicy jontoforezą miedzi.

Doc. S. Cytronenberg z Warszawy wygłosił na posiedzeniu Tow. Med. Wewnętrznej w Wiedniu dn. 1. XII. 1932 wykład p. t.: Badanie czynności żołądka metodami fizykalno-chemicznemi.

Sprawy zawodowe.

W szpitalnictwie paryskiem wybuchł nowy skandal, głośny w prasie, przy obsadzaniu stanowisk t. zw. internów na podstawie konkursu. Protegowani otrzymywali pytania zawczasu od egzaminatorów, a wypracowania piśmienne odpowiednio poprawiano. Ministerstwo zniosło orzeczenia jury i zarządziło ponowne rozpisanie konkursu.

Różne.

Pasorzytujące na zawodzie lekarskim znachorstwo ściąga na siebie czasem potępiające wyroki sądowe za nielegalne praktyki. Ostatnio skazany został w Warszawie na 1000 zł grzywny z zamianą na 60 dni aresztu Piastuszkiewicz znany z prasy brukowej i własnych ulotek „lekarz tybetański". — Drugi wyrok skazał niejakiego Rudzińskiego na 14 dni aresztu oraz 300 zł grzywny z zamianą na 2 tygodnie aresztu za podobne praktyki.

Komisja Organizacji Higjeny Ligi Narodów poświęcona zimnicy przygotowuje międzynarodową konferencję w sprawie chininy. Obecnie zostały wydane drukiem wyniki wielu żmudnych badań, które stanowić będą podstawę prac konferencji.

W Brit. Med. Journ. znajdujemy pracę S. Flexnera z N. Yorku o postępowaniu zapobiegawczem przeciw nagminnemu zapaleniu rogów przednich rdzenia. Krew dorosłych mieszkańców miast posiada wybitne własności odpornościowe. F. uważa, że powodem tego schorzenia jest częste zakażenie górnych dróg oddechowych, które rzadko tylko prowadzi do zajecia rdzenia. Uodporniania biernego próbowano w U. S. A. przez zastrzykiwanie w czasie epidemij dzieciom narażonym na zakażenie 30 cm^3 surowicy dorosłych i stwierdzono w tej grupie mniejszą ilość zachorowań. Po doświadczeniach na małpach próbowano również uodparniania czynnego przez wstrzykiwanie dzieciom równocześnie mieszaniny zarazków i surowicy odpornościowej. Próbowano również osłabić zarazki przez pasaż przez małpę.

Komunikaty.

Kurs Dokształcający dla lekarzy. Kurs dokształcający dla lekarzy praktyków, zorganizowany przez Wydz. lek. U. W. odbędzie się, wzorem lat ubiegłych, w dniach od 20. III. 1933 r. do dnia 8. IV. 1933 r. Kurs będzie się składał z dwu części: teoretycznej od dnia 20. III. do dnia 29. III. włącznie i części praktycznej od dnia 30. III. do dnia 8. IV. 1933 r. Opłata za Kurs za część teoretyczną wynosi 50 zł, asystenci i hospitanci klinik i oddziałów szpitalnych m. Warszawy płacą 25 zł. Opłata za ćwiczenia praktyczne wynosić będzie 2 zł 25 gr za godzinę seminaryjną. Ostateczny termin zgłaszania się na Kurs upływa 12. III. 1933 r. Uczestnicy Kursu z prowincji uzyskują w powrotnej drodze 50% zniżki kolejowej, a na życzenie mogą uzyskać pomieszczenie w Warszawie na czas trwania Kursu w cenie 4—5 zł dziennie. Uczestnicy mogą brać udział albo w części teoretycznej albo w praktycznej, przyczem program zostanie ustalony w ten sposób, że każdy z uczestników będzie mógł brać udział w kilku kursach praktycznych, interesujących go specjalności. W programie ustalono następujące wykłady: 1. Prof. Dr. W. Orłowski: Dietetyczne leczenie chorób nerkowych. 2. Prof. Dr. K. Orzechowski: O schorzeniach zakaźnych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego w ostatnich latach. 3. Doc. Dr. E. Reicherówna: Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia chorób gośćcowych. 4. Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski: Wrodzone wady serca. 5. Doc. Dr. W. Sterling: Współczesny stan nauki o t. zw. nerwicy urazowej, oraz o orzecznictwie neurologicznem w przypadkach urazowych. 6. Doc. Dr. W. Filiński: Pokazy przypadków. 7. Doc. Dr. Z. Górecki: Współczesne leczenie tyfusu brzusznego. 8. Prof. Dr. A. Leśniowski: Rozpoznawanie i leczenie ostrej niedrożności jelit. 9. Prof. Dr. Z. Radliński: Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy jądra. 10. Doc. Dr. K. Kaczyński: Wczesne rozpoznanie zapaleń wyrostka robaczkowego. 11. Doc. Dr. A. Wojciechowski: Leczenie guzów krwawnicowych odbytu. 12. Doc. Dr. J. Mossakowski: Rozpoznawanie i leczenie promienicy twarzy. 13. Doc. Dr. Br. Szerszyński: Leczenie przerostu gruczołu krokowego. 14. Doc. Dr. W. Łapiński: Gruźlica kręgosłupa u dzieci. 15. Prof. Dr. A. Czyżewicz: Krwotoki trzeciego okresu porodu. 16. Doc. Dr. H. Beck: Rak macicy w ujęciu lekarza praktyka. 17. Tenże: Dolegliwości okresu przekwitania i ich leczenie. 18. Doc. Dr. Gromadzki: Pracowniane rozpoznanie ciąży. 19. Tenże: Diagnostyka i leczenie ciąży poza-

macicznej. 20. Doc. Dr. L. Lorentowicz: Istota i leczenie upławów narządów rodnych kobiecych. 21. Tenże: Nowe poglądy w sprawie zapobiegania ciąży. 22. Prof. Dr. M. Michałowicz: Zasady odżywiania niemowląt. 23. Doc. Dr. H. Brokman. Drgawki u dzieci, istota, leczenie. 24. Prof. Dr. W. Szenajch: Seroterapja błonicy i płonicy. 25. Dr. R. Stankiewicz: Rozpoznanie i leczenie duru brzusznego u dzieci. 26. Doc. Dr. M. Erlichówna: Zapobieganie i leczenie niedokrwistości wczesnego dzieciństwa. 27. Ta sama: Wybrane rozdziały z patologji noworodka. 28. Prof. Dr. J. Lauber: Wskazania do operacji zaćmy. 29. Doc. Dr. W. Melanowski: Ekspertyza przypadków ocznych. 30. Doc. Dr. M. Grzybowski: Powikłania w leczeniu kiły. 31. Dr. Straszyński: Rozpoznanie i leczenie kiły wrodzonej. 32. Doc. Dr. A. Elektorowicz: Rentgenodiagnostyka chorób płuc i serca. 33. Tenże: Znaczenie badania radjologicznego w chorobach przewodu pokarmowego. 34. Dr. H. Kłuszyński: Pierwiastki społeczne w praktycznej medycynie. 35. Doc. Dr. L. Karwacki: Zakażenie gruźlicze wywołane przez postać zarazka przesączalną. 36. Prof. Dr. F. Erbrich: Przewlekłe ropne zapalenie zatok nosowych i migdałków podniebiennych i jego stosunek do ogólnej medycyny. — Kursy seminaryjne: Interna. Doc. Dr. J. Misiewicz: Kurs odmy sztucznej. 8 godz. Doc. Dr. S. Sterling-Okuniewski: Laboratorjum. Całkowity kurs badań pracowniianych. 14 godz. — Chirurgja. Doc. Dr. A. Wojciechowski: Zwichnięcia i złamania. 10 godz. Doc. Dr. B. Szerszyński: Chirurgja praktyczna specjalnie dróg moczowych. 10 godz. Doc. Dr. J. Rutkowski: Przetaczanie krwi, wskazania i technika. 4 godz. Doc. Dr. K. Kaczyński: Ambulatorjum chirurgiczne. 8 godz. Doc Dr. J. Zaorski: Operacje przepuklin u dzieci (wykłady i demonstracje zabiegów). 2 godz. — Dermatologja. Doc. Dr. M. Grzybowski: Patologja i terapja rzeżączki. 12 godz. — Pedjatrja. Doc. Dr. M. Erlichówna: Z kliniki noworodków. 6 godz. Dr. R. Barański: Wybrane rozdziały z kliniki niemowląt. 12 godz. — Neurologja: Dr. W. Jakimowicz: Metodyka badania neurologicznego z uwzględnieniem nakłucia lędźwiowego i podpotylicznego. 8 godz. Dr. Grabarz: Choroby neurologiczne ważne dla lekarza praktyka. Pokazy i różnicowanie. 4 godz. Dr. Z. Kuligowski: Wybrane przypadki neurologiczne. 4 godz. — Okulistyka. Prof. Dr. J. Lauber: Przypadki okulistyczne ważne dla lekarza praktyka. 6 godz. Doc. Dr. W. Melanowski: Okulistyka w przypadkach nagłych. 4 godz. — Otolaryngologja. Prof. Dr. F. Erbrich: Pokazy tracheo- i bronchoskopji. 3 godz. — Rentgenologja. Doc. Dr. A. Elektorowicz: Ćwiczenia w odczytywaniu zdjęć rentgenologicznych. 6 godz. — Położnictwo. Doc. Dr. L. Lorentowicz: Ginekologja w praktyce ambulatoryjnej. 12 godz. Dr. Sobierański: Diagnostyka położnicza. 8 godz. Doc. Dr. H. Beck: Operacje położnicze na fantomach. 8 godzin. — Wszelkich informacyj udziela i przyjmuje zapisy Dr. Stanisław Tokarski, st. asystent I-szej Kliniki Chirurg. U. W., ul. Nowogrodzka 59. Tel. 9-89-70.

Przy Departamencie Służby Zdrowia została utworzona Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza. Min. Op. Sp. będzie przydzielało ją do poszczególnych województw na okres 2—3 miesięcy a to dla usprawnienia i wspomagania działalności przychodni przeciwjagliczych i innych instytucyj leczniczych w zakresie zwalczania jaglicy na terenie całego kraju. Skład instrukcyjnej Kolumny Przeciwjaglicznej stanowi inspektor przychodni przeciwjaglicznych, jak kierownik i instruktorka pielęgniarek jako fachowa siła pomocnicza. Do zadań instrukcyjnej Kolumny Przeciwjaglicznej należy na wyznaczonym terenie działania: 1) zbadanie organizacji i działalności poszczególnych instytucyj i organów w zakresie zwalczania jaglicy, oraz stanu nasilenia jaglicy; 2) instruowanie personelu lekarskiego i pomocniczego przychodni przeciwjagliczych i innych instytucyj leczniczych, zwalczających jaglicę, co do obowiązków i metod pracy w zakresie organizaji zwalczania jaglicy, a także czynności ściśle fachowych, jak rozpoznawanie i leczenie (dla lekarzy) oraz przeprowadzenie wywiadów społecznych (dla pielęgniarek); 3) wspomaganie działalności poszczególnych instytucyj leczniczych ze szczególnem uwzględnieniem przychodni przeciwjagliczych przez wykonywanie na miejscu zabiegów operacyjnych, badań i innych czynności lekarskich; 4) koordynowanie działalności poszczególnych instytucyj powołanych do zwalczania jaglicy; 5) prowadzenie propagandy przeciwjaglicznej.

Konkurs Tow. Chirurgicznego Warszawskiego. Pragnąc przyczynić się do rozwoju chirurgji polskiej Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie ogłasza Konkurs na prace z zakresu chirurgji. Warunki Konkursu. Do konkursu stawać mogą wszyscy chirurdzy, obywatele polscy. Prace powinny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane i oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniu. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również lecznictwo chirurgiczne, oraz doświadczenia na zwierzętach, wiążące się z zagadnieniem chirurgicznem. W nawiązaniu do prac wcześniejszych, zgłaszane na konkurs prace powinny, obok piśmiennictwa obcego, uwzględnić w pierwszym rzędzie odnośne piśmiennictwo rodzime. Rękopisy odbite na maszynie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem interlinji i marginesu muszą odpowiadać warunkom dobrego stylu i pisowni, oraz uwzględniać polskie mianownictwo lekarskie. Prace konkursowe podpisane obranem przez autora godłem powinny być nadesłane w 2-ch egzemplarzach najpóźniej do 1 marca 1934 r. do Zarządu Tow. Ch. Warsz. na ręce Dr. Werthejma, Warszawa, Al. Jerozolimskie 75. Do pracy należy załączyć zamkniętą kopertę z zewnątrz zawierającą godło, wewnątrz zaś imię, nazwisko i adres autora. Do oceny nadesłanych prac powołany będzie przez Zarząd Tow. Ch. Warsz. Sąd Konkursowy. Nagrody za przyjęte przez Sąd Konk. prace ustala się w sposób następujący: I-sza nagroda zł 600, II-ga zł 400. W okolicznościach szczególnych nagrody te będą mogły być połączone w jedną. Prace nagrodzone stają się własnością Tow. Ch. Warsz. i będą oddane do druku z zaznaczeniem, że praca została odznaczona na konkursie Towarzystwa. Zarząd Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo przeznaczenia do druku w Pol. Przeg. Chir. niektórych z pośród prac na konkursie nienagrodzonych. W razie nieprzyznania przez Sąd Konk. nagrody żadnej z nadesłanych prac z powodu niskiego poziomu naukowego, lub niewypełnienia warunków, Tow. Ch. W. zastrzega sobie prawo ponownego ogłoszenia konkursu.

Biuro Pośrednictwa Pracy przy Izbie Lek. Warsz.-Białost. Kryzys gospodarczy, który dotknął całe społeczeństwo nie ominął także i wolnych zawodów, a zwłaszcza lekarzy. Społeczeństwo nasze nieprzyzwyczajone do uważania opieki lekarskiej za konieczność, która tylko w porę stosowana, spełnia swoje zadanie, traktuje tę opiekę jako zbytek i na niej przedewszystkiem próbuje robić oszczędność. Kończy się wobec tego prywatna praktyka lekarska tak, że z nielicznymi bardzo wyjątkami, lekarze zdani tylko na prywatną praktykę lekarską, nie zarabiają często nawet na najkonieczniejsze utrzymanie. W tych warunkach lekarza nie posiadającego stałej posady, pozwalającej mu liczyć choćby na najskromniejsze, ale stałe dochody w dzisiejszych warunkach trzeba traktować jak bezrobotnego inteligenta i zawodowa jego organizacja, Izba Lekarska, musi się starać przyjść mu z pomocą i opieką. Pomoc ta tem bardziej jest potrzebna obecnie, gdy nienormalne warunki na rynku pracy lekarskiej spowodowały, że niektórzy z lekarzy mają po kilka posad i z trudnością mogą podołać przyjętym obowiązkom, podczas kiedy inni ich koledzy nie mają żadnej pracy. Cierpi na tem nietylko interes ogółu lekarzy, ale niejednokrotnie narażony jest i interes pacjentów, ponieważ przepracowany lekarz nie może tak się poświęcić pacjentowi, jakby to mógł zrobić nie mający żadnej pracy jego kolega. Z tych powodów, tak ze względu na interesy ogółu lekarzy, jak i ze względu na interes pacjentów, Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka zorganizowała Biuro Pośrednictwa Pracy dla lekarzy, aby tą drogą z jednej strony pomagać lekarzom bezrobotnym w wyszukiwaniu posad lekarskich, a z drugiej strony przeciwdziałać nadmiernej kumulacji posad, co z wyżej przytoczonych względów, uważa za szkodliwe.

W celu przeprowadzenia, o ile możności dokładnej ewidencji posad, Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, uprzejmie prosi o nadsyłanie zgłoszeń do wspomnianego Biura Pośrednictwa Pracy, o wszystkich placówkach nadających się na stanowiska dla lekarzy, przyrzekając ze swej strony przesyłanie list lekarzy, poszukujących pracy, z których dana instytucja z łatwością będzie mogła wybrać odpowiadającego, stawianym przez nią wymaganiom, kandydata. Zarząd uprzejmie prosi o przesyłanie ewentualnych zgłoszeń pod następującym adresem: Biuro Pośrednictwa Pracy przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Warszawa, ul. Fredry 2.

Redakcja otrzymała:

F. Ramond: L'aérophagie. Masson. Paris. 1933.

R. Goiffon: Étude clinique de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine. Masson. Paris. 1933.

C. v. Noorden: Neuzeitliche Diabetes fragen. Urban. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1933.

S. Kramsztyk: Krótki rys współczesnej organoterapji. Therapia Nova. Warszawa, 1933.

Nouveau Traité de Médecine: Fasc. X. Tome I—II. Coeur et vaisseaux. Masson. Paris 1933.

J. Dimitresco-Popovici: Les fonctions gastro-duodénalis. Masson. Paris 1933.

S. Judine: La transfusion du sang de cadavre a l'homme. Masson. Paris. 1933.